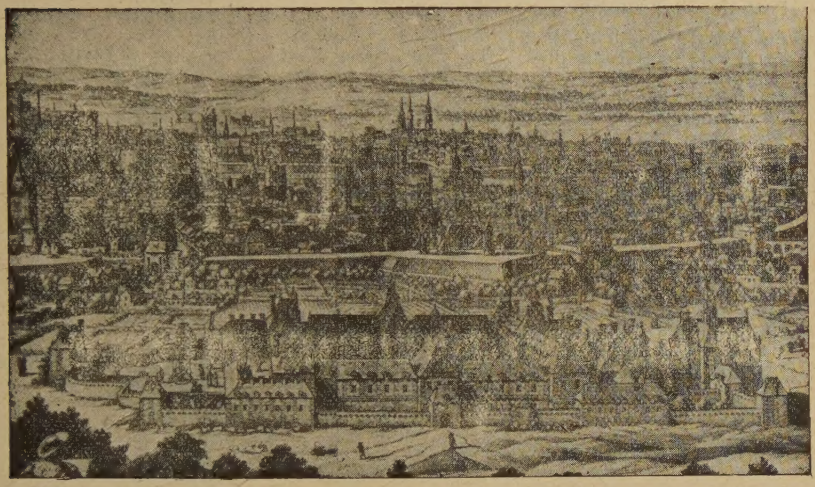
Année 1912 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles-Paul-Maurice GUILLE

Né à Sennecey-le-Grand (Saône-et-Loire), le 15 juillet 1881
Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de la Maternité de Lariboisière
Médaille de bronze de l'Assistance Publique



ÉTUDE

SUR

LE LIVEDO

Président : M. GAUCHER, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LYON

M. LE DOCTEUR ROLLET

Professeur de Clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu

M. LE DOCTEUR NICOLAS

Professeur de Clinique dermatologique à l'Antiquaille

M. LE DOCTEUR NOVÉ-JOSSERAND

Professeur agrégé, chirurgien de la Charité

M. LE DOCTEUR LECLERC

Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Externat : 1909-1910 (Hôtel-Dieu)

M. LE DOCTEUR MUSELIER
Médecin de l'Hôtel-Dieu

M. LE DOCTEUR DE MASSARY
Médecin de l'Hôpital Andral

Externat : *1910-1911* (Lariboisière)

M. LE DOCTEUR BONNAIRE
Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur en chef de la Maternité

M. LE DOCTEUR JEANNIN
Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur des Hôpitaux

Externat : 1911-1912 (Saint-Antoine)

M. LE DOCTEUR BÉCLÈRE
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE DOCTEUR DECLOUX
Médecin des hôpitaux

(Enfants-Malades)

M. LE DOCTEUR COMBY
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Externat : mars, avril, mai 1912 (Saint-Louis)

M. LE DOCTEUR MOUCHET
Chirurgien des Hôpitaux

Nous tenons aussi à adresser nos remerciements à M. le Dr Henry Meige, pour les précieux conseils qu'il nous a donnés avant comme pendant nos études médicales.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous adressons nos sincères remerciements, pour l'honneur qu'il nous a fait, d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

ÉTUDE SUR LE LIVEDO

INTRODUCTION

Pendant le temps que nous avons eu l'avantage de passer comme externe à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le Dr Comby, nous nous sommes particulièrement intéressé à observer une affection, qu'il n'est pas rare de déceler chez l'enfant, pour peu qu'on ait l'idée de la rechercher et qu'on y prête une certaine attention. Nous voulons parler du livedo.

M. le Dr Comby, nous a engagé d'autre part, à choisir comme thèse, l'étude de cette affection, et voici à quel sujet :

Au mois de novembre 1911, il a été présenté à sa consultation, un enfant, dont nous reproduisons ici même l'observation *in extenso*, puisque c'est celle-ci qui a été le point de départ du travail que nous présentons aujourd'hui. Elle a été recueillie par notre ami, M. Balteau, externe du service.

Observation. — Garçon de quatre ans, présenté à l'hôpital des Enfants-Malades le 23 novembre 1911.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de trente-deux ans, employé dans une fabrique de vernis, a eu des coliques de plomb avant la naissance de l'enfant. Il est sain, vigoureux, non buveur. La mère, âgée de trente et un ans, est bien portante. Elle a un autre enfant, âgé de six ans, qui est normal. Fausse couche de quatre mois. Rien à signaler du côté des grands-parents.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme, très gros à la naissance, nourri au sein maternel pendant un mois, puis au biberon. Opéré à l'âge de dix-huit mois, par M. Broca, pour une hernie inguinale droite. A souffert, maintes fois, de bronchite et d'entérite. Il y a un an, à l'occasion de la coqueluche, il aurait présenté des convulsions. Il a toujours eu froid aux pieds et aux mains, mais sans engelures ; face toujours ronde, joufflue, colorée.

État actuel. — Enfant assez grand, gros, nerveux et irritable ; facies strumeux, joues volumineuses et congestionnées, taille : 0 m. 94, poids : 15 kgr. 100. On note la présence, dans le triangle de Scarpa, du côté droit, d'une masse ganglionnaire dure, indolore à la pression, que M. Broca considère comme étant probablement de nature tuberculeuse, car il a inscrit l'enfant pour Berck.

Cependant, la cuti-réaction à la tuberculine, que nous avons faite pour nous éclairer à ce sujet, est restée négative.

Le 17 novembre 1911, en levant son enfant, la mère a remarqué pour la première fois, dit-elle, sur tout le corps, des taches violacées, qui lui ont fait croire à une fièvre éruptive, et c'est pourquoi elle l'a conduit à l'hôpital. L'éruption serait

plus marquée le matin, au réveil, que le soir au moment du coucher.

On constate sur les membres, sur le dos, sur la poitrine et l'abdomen, des taches violacées qui font penser tout d'abord au purpura. Mais ce purpura, outre qu'il s'efface à la pression, affecte une disposition anormale. Il forme des dessins annulaires ou quadrillés, qui figurent comme un réseau capillaire superficiel.

Le dessin et la couleur sont surtout accentués aux membres inférieurs. C'est là que les marbrures sont le plus frappantes, comme le montre très bien la photographie. La station debout prolongée donne à l'éruption une plus grande intensité. Mais le réseau se voit aussi très nettement à la face. Une pression digitale assez forte fait disparaître la coloration anormale de la peau ; cependant, en comprimant fortement avec une lame de verre, on constate la persistance d'une légère teinte violacée, surtout à la cuisse (face antérieure). Pas de prurit, ni gêne fonctionnelle, ni sensation pénible.

Rien à l'examen des viscères. Les battements du cœur sont normaux (100 pulsations à la minute); la tension artérielle est de 14 au sphygmomanomètre de Potain ; l'auscultation des poumons est négative; le foie et la rate ne dépassent pas les fausses côtes.

Organes génitaux externes normaux.

Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Cette observation a été présentée avec photographie à l'appui, par M. le Dr Comby, à la séance du 1er décembre 1911, de la Société médicale des hôpitaux de Paris; nous emprunterons donc aux

Bulletins et Mémoires de cette société (1), les quelques détails, qui vont suivre, et qu'il nous a paru intéressant de signaler dès ces premières pages.

Le cas de livedo, dont nous avons reproduit plus haut l'observation, fut d'un diagnostic très hésitant. La mère, tout d'abord, croyant à une rougeole, présente l'enfant, à l'hôpital des Enfants-Malades, et là, on retient comme vraisemblable le diagnostic de rougeole, en voie de disparition, et on parle de rougeole ecchymotique. Ce diagnostic est écarté, en raison de l'effacement des taches à la pression. Il est ensuite question de pityriasis rosé de Gibert, mais il n'y a pas de desquamation furfuracée. Enfin, on pense au purpura, et un médecin de Santander, qui suivait la visite, eut cette pensée, malgré l'effacement des taches à la pression.

Mais le beau quadrillé des membres inférieurs ne pouvait laisser aucun doute, et l'enfant étant placé en bon éclairage, M. le Dr Comby affirma le livedo. Ce fut aussi l'opinion de M. le Dr Jourdanet, médecin d'Uriage. Par contre, un ancien interne du service, actuellement installé, ne put émettre un diagnostic, n'ayant encore pas vu de cas semblable.

Ce cas est donc des plus intéressants au point de vue de son diagnostic difficile, et des hésitations, voire même des erreurs, dont la recherche de ce diagnostic a été l'objet.

---

1. 7 décembre 1911, n° 34.

L'enfant a été revu le 25 novembre, et il ne présentait aucun changement : même coloris de la peau, mêmes marbrures sur les membres, même disposition annulaire ou quadrillée.

Sur le tronc, les taches, un peu plus ternes, semblaient en voie de disparition.

M. le Dr Comby a prescrit des bains salés et des frictions stimulantes, qui ont déjà atténué le livedo. Il se propose d'essayer la thyroïdine et l'extrait de capsules surrénales, pour combattre l'atonie vasculaire périphérique qu'on est en droit d'incriminer.

En conséquence, tant par l'observation que nous avons reproduite, que par les réflexions que nous avons empruntées à la discussion de M. le Dr Comby, nous avons tenu, dès notre introduction, à esquisser ainsi dans ses grandes lignes, cette affection, qui n'est pas, à proprement parler, une maladie, mais plutôt une curiosité de dermatologie.

Nous commencerons, dans cette étude, par faire l'histoire du livedo, puis, nous présenterons les vingt et une observations, pour la plupart, personnelles, que nous avons recueillies. Après avoir établi les symptômes généraux de l'affection, nous passerons au diagnostic différenciel et nous signalerons ce qui a été dit de la question anatomo-pathologique; ensuite, arrivant à l'étude si intéressante et encore discutée de l'étiologie et de la pathogénie, nous lui consacrerons quelques pages que nous nous efforcerons de rendre aussi claires que possible. Enfin, nous passerons rapidement sur l'évolution et le pronostic

qui, en pareil cas, ne semblent pas être d'une importance capitale, et nous terminerons ce travail en signalant les divers traitements, tant d'ordre local que d'ordre général, qui ont déjà été entrepris.

HISTORIQUE

Le livedo a déjà été étudié par un certain nombre d'auteurs,mais on n'a présenté jusqu'ici que fort peu d'observations. Il sera intéressant d'examiner, dans ce chapitre, les différentes idées qui ont été émises à son sujet, et surtout de constater l'incertitude qui règne encore touchant son diagnostic causal. En effet, le livedo, banal, quant à sa morphologie,présente,au contraire, un véritable intérêt au point de vue de sa cause ; et nous verrons, en examinant la question depuis qu'elle a été étudiée, qu'en ce qui la concerne, il est encore permis de dire qu'elle n'est pas absolument établie. Une simple preuve, qui,pour être d'ordre grammatical, n'en a pas moins sa valeur: l'appellation « livedo » n'a pas été universellement adoptée ; de plus, ceux qui préfèrent la forme « livedo », ne sont pas d'accord sur le genre du mot. De même qu'on dit : le prurigo, le lentigo, etc., il nous a semblé plus logique, pour ces raisons, de dire aussi : le livedo. En tous cas, et quoi qu'il en soit, il nous a été facile de voir, d'après les recherches que nous avons faites,que les descriptions visent toutes ce seul et même symptôme.

Il faut remonter à l'année 1869, pour trouver la

première observation, avec H. Hébra, qui fait rentrer dans les hyperhémies passives idiopathiques, le livor cutis, ou livedo, à variété : *mechanica* (dû à des compressions de toute nature, exercées à la racine d'un membre ou à la ceinture), et à variété *calorica* (dû à l'action du froid). Il en fait donc un état passager, qu'il considère comme plus habituel chez les jeunes, et en particulier chez la femme. Il se contente de signaler le fait, mais sans essayer d'en rechercher la cause.

En 1893, P.-G. Unna, sous le terme de *asphyxia reticularis multiplex*, fait une étude fort détaillée, d'un cas observé par lui l'année précédente ; il le considère comme très remarquable, et estime qu'à sa connaissance, il n'en a pas encore été décrit de semblable, dans la littérature. Il a pu suivre sa malade, âgée de vingt ans, et a constaté une amélioration notable, par l'huile ichtyolée à 5 o/o. Pour lui, il doit exister autre chose que de simples troubles vaso-moteurs, mais il avoue que ce facteur pathogénique, plus actif, qui a produit l'inflammation des veines, reste totalement ignoré. Il insiste, par le mot *reticularis*, sur le fait de la stase veineuse.

En 1897, Balzer et Griffon citent une observation d'inflammation avec pigmentation des réseaux superficiels du derme, et lui donnent le nom d'« érythème pigmenté réticulaire ». Il s'agit d'un homme de trente-six ans, présentant des varices évidentes, et d'hérédité arthritique et variqueuse ; et ils croient devoir expliquer cette gêne circulatoire, à la fois, par le fait

des varices, mais aussi par un état rhumatismal, le malade, ayant présenté, en outre, au cou-de-pied, une fluxion péri-articulaire.

En 1898, ce même malade ayant été soigné à l'hôpital Saint-Antoine, chez le Dr Letulle, qui lui a découvert une cirrhose hépatique, ils deviennent plus affirmatifs, et attribuent à cette dernière affection, la gêne circulatoire, qui existe dans cette « curieuse lésion cutanée ».

En 1902, J.-J. Pringle, présente une femme de trente-trois ans, qu'il croit atteinte de l'affection déjà décrite par Unna. Chez elle, les lésions sont visiblement permanentes, non transitoires, ni paroxystiques. Pas de symptômes subjectifs et, selon lui, l'hystérie ne serait pas étrangère à cette circulation périphérique faible.

En 1904, Lenglet, à propos des trophonévroses, parle de certains cas de peau mince, rosée, luisante, violacée ou blanchâtre, souvent marbrée, décrits sous le nom de glossy-skin et les rapproche d'autres cas voisins attribués à une dystrophie thyroïdienne, ou pituitaire ; il signale, en outre, dans l'affection qu'il décrit, la fréquence de crises d'hyperidrose, sous l'action du froid. Pour lui, il y a là un syndrome trophonévrotique de pathogénie variable.

En 1905, Mracek, au sujet des hyperhémies passives, signale certaines observations de peau marbrée (*cutis marmorata*), rappelant le marbre de Salzbourg, et surtout visibles lors du déshabillage un peu prolongé, chez des anémiés, des buveurs et des gens à peau

fine ; il attribue cette gêne de la circulation de retour, à une certaine ectasie des veines enflammées.

En 1907, Brocq, au chapitre des télangiectasies, consacre quelques lignes aux asphyxies réticulaires ou livedo, et rappelle les observations d'Unna et de Pringle.

La même année, Balzer et Merle citent l'observation d'un malade de soixante ans, atteint d'œdème variqueux des membres inférieurs, avec eczéma, et présentant, semble-t-il, les grands symptômes du diabète. Chez celui-ci, les marbrures paraissaient s'atténuer sous l'influence du repos. Ils rappellent, à ce sujet, une observation (décrite par Balzer et Griffon, en 1897 et 1898), dont il existe deux moulages (nos 1913 et 1914), que nous avons pu voir au musée de l'hôptal Saint-Louis ; puis, après avoir repris l'histoire du livedo, ils estiment que les termes de trouble circulatoire ou d'hyperhémie passive, étant trop généraux, ne sont pas une explication suffisante, et qu'il peut y avoir parfois de la périphlébite, associée à la congestion veineuse. En résumé, ce terme de livedo n'est qu'un terme de séméiologie, et l'affection s'observerait chez des individus à nutrition défectueuse, atteints de troubles fonctionnels ou d'affection des viscères, avec gêne marquée de la circulation périphérique.

En 1908, à la séance du 21 décembre de la Société nationale des hôpitaux de Lyon, L.-M. Bonnet signale, chez un homme, entré à l'Antiquaille, des marbrures violacées, sans troubles sensitifs, et il

estime que cette forme permanente, intense et généralisée, est beaucoup plus rare que les formes communes de livedo *mechanica* ou *calorica*. Son malade présente un rétrécissement mitral, jusqu'ici ignoré.

En 1909, Darier, dans son *Traité de dermatologie*, fait rentrer le livedo dans la classe des érythèmes passifs, et le rapproche des engelures ; pour lui, les sujets scrofuleux, enfants ou adolescents, y sont particulièrement exposés.

Cette même année 1909, Hyde, en Angleterre, dit, au sujet de l'érythème hyperhémique ou simplex, que le terme de « livedo » s'applique à des régions circonscrites d'érythème passif ; le nez, les joues, les doigts ou les orteils, peuvent ainsi être affectés comme dans l'érythème *pernio*. Il ajoute que si le diagnostic clinique est facile, il n'en est plus de même quand il s'agit d'en établir la cause.

A la séance du 23 avril 1909, de la société médicale des hôpitaux de Paris, G. Guillain et J. Troisier, présentent un cas de livedo coexistant avec un tabes fruste, chez un homme de trente-six ans, qui a presque constamment froid aux mains et aux pieds, a de l'hypersécrétion sudorale du côté droit, mais ne présente rien du côté de la sensibilité. Comme ce malade est un hypertendu, ils se demandent s'il n'y aurait pas là un phénomène de compensation de la circulation vaso-motrice, mais ils rejettent en tous cas, l'hypothèse qu'émet le professeur Poncet, de la possibilité d'une tuberculose fruste, pour expliquer ces divers symptômes.

A la séance du 30 avril 1909, de cette même société, L. Queyrat estime, au sujet de l'observation précédente, rapportée par Guillain et Troisier, qu'on doit se garder de faire, d'une manière générale, du livedo, un symptôme de cause névropathique ou d'origine spécifique, et il prétend que cet état de circulation périphérique ralentie, s'observant chez les lymphatiques, est l'indice d'un terrain à tuberculose. D'autre part, il signale l'incorrection étymologique du mot *livedo*, qui, suivant la langue anglaise, latine ou italienne, devrait être *livido* ; telle est aussi l'opinion de Guillain et de Troisier, qui ont trouvé le mot *livido*, utilisé par Apulée (1). En vrai latin, selon Queyrat, le mot doit être *livor*.

Dans *la Presse médicale* du 12 mai 1909, L.-M. Bonnet consacre un article très complet et documenté, au livedo annularis. Il parle de la méthode des injections incomplètes du Pr Renaut, qui a pour effet d'expliquer la formation des plaques cyanosées de la peau, ainsi que la disposition en réseaux, méthode sur laquelle nous reviendrons, au chapitre de l'anatomie pathologique. D'autre part, il établit la distinction entre le livedo transitoire, — physiolo-

---

1. La phrase d'Apulée, où se trouve ce mot, est, il est vrai, totalement étrangère à la médecine, il nous a cependant paru intéressant d'en faire mention, et cette tâche nous a été facilitée, grâce aux recherches d'un de nos excellents amis, latiniste distingué :

« Quales illic homunculi, vibicibus livedinis totam cutem depicti ! » (Apulée, *Métamorphoses*, livre IX.)

gique (*a frigore et mechanica*), et pathologique (accès de névrose vaso-motrice), et le livedo durable — (varices, alcoolisme, cirrhose hépatique); enfin, il rapproche de ce livedo inflammatoire, la lésion observée sur les membres inférieurs des femmes, faisant un usage habituel de la chaufferette. Il termine son article, en signalant, mais sans en tirer de conclusions, que cette lésion a été parfois observée sur des membres atteints de trophœdème.

A la séance du 4 juin 1909, de la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. Milian, à propos des dermopathies rhumatismales, note avoir observé, chez une même malade, plusieurs lésions : chéloïdes présternales, livedo annularis, pseudo-lipome sus-claviculaire, etc., rhumatisme tuberculeux et induration tuberculeuse du sommet droit, et tend à admettre, pour cet ensemble de lésions, une même étiologie tuberculeuse. En effet, il constate que la plupart des auteurs, même les moins enthousiastes, reconnaissent la cyanose des extrémités, comme une manifestation bacillaire, et il ajoute que Bonnet trouve le livedo surtout fréquent chez les individus ayant des lésions tuberculeuses, et tout particulièrement des adénopathies. La moiteur des mains et des pieds, ainsi que la sudation exagérée, seraient même une preuve de plus.

A la séance du 5 juillet 1909, de la Société nationale des hôpitaux de Lyon, Bouveyron, en présence de deux cas de livedo chronique avec hypothyroïdie, emploie le traitement thyroïdien, qui lui donne de

très bons résultats, et fait constater également, les deux malades (une femme de quarante et un ans et une jeune fille de dix-neuf ans) étant syphilitiques, la transformation possible du livedo en pigmentation réticulée syphilitique.

Dans les régions avoisinant les accidents secondaires et les gommes, les marbrures, d'après ses observations, auraient été renforcées, et seraient devenues nettement pigmentaires, de la nuance du bronze florentin, beaucoup plus résistantes comme coloris, ne disparaissant plus alors à la pression. Ses deux malades, outre qu'elles présentent des signes d'hypothyroïdisme, sont migraineuses, anémiques, nerveuses, mais elles n'ont aucune trace de varices.

Dans *la Pratique médico-chirurgicale* (année 1911), à l'article livedo, Marcel Sée parle de ces rougeurs cyaniques, avec réseau, provoquées sous l'influence du froid, et surtout fréquentes chez les gens à circulation défectueuse, et d'habitus lymphatique ou scrofuleux ; il constate que ces états coïncident constamment avec une acroasphyxie marquée (*a frigore*) et que, d'autre part, ils peuvent n'apparaître que momentanément chez des individus, qui restent un certain temps debout, ou les jambes pendantes (*mechanica*) ; il ajoute que les phlébites réticulaires du derme, décrites par Balzer, ainsi que l'asphyxie réticulaire multiple, avec névrose et ulcérations rebelles, dont parle Unna, sont des formes assez rares, dont l'intérêt est pratiquement médiocre.

Le 9 septembre 1911, Léopold Lévi, au sujet du tempérament thyroïdien, estime, qu'en rapport avec le refroidissement que l'on trouve dans l'hypothyroïdie, il existe des troubles vaso-moteurs, sous forme d'acro-asphyxies, de livedo, d'engelures.

La même année, Comby dans la séance du 1er décembre de la Société médicale des hôpitaux de Paris, rapporte un cas très intéressant de livedo, sur lequel nous ne reviendrons pas dans ce chapitre, puisque, ayant été le point de départ de notre thèse, il y a déjà été décrit en détail dès les premières pages.

En 1912, dans le numéro de février des *Archives de médecine des enfants*, Jourdanet reprend la précédente étude du malade de Comby, nettement hypothyroïdien, et, après avoir donné un aperçu général des recherches antécédentes de la question, termine en proposant le traitement du lymphatisme, les frictions cutanées, l'huile de foie de morue, les glycérophosphates, toutes choses avantageusement complétées par le séjour à la montagne, à la mer, ou aux stations chlorurées sodiques. Peut-être même certains traitements opothérapiques, tels que la thyroïdine, l'adrénaline (reproduisant ainsi l'opinion déjà émise par Cobmy), seraient-ils avantageux à essayer ?

Dans le numéro du 25 mars 1912 du *Journal* de Lucas-Championnière, la question du livedo annularis chez l'enfant est analysée à nouveau, et nous avons été un peu surpris d'y lire, dès les premières lignes,

que cet aspect singulier de la peau, connu sous le nom de livedo, soit une *affection rare*, surtout si nous nous reportons à nos recherches personnelles, qui ont précisément été faites en grande partie, aux Enfants-Malades.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Livedo persistant, ayant toujours existé.— Parents nerveux; la mère est sujette aux migraines. — Enfant nerveux, impressionnable.

H... Charles, âgé de sept ans et demi, vu le 27 mai 1909, salle Chaumont (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de quarante ans, bien portant, mais très nerveux; sobre.

Mère, âgée de trente et un ans, bien portante, ne serait pas nerveuse, mais tendance à l'obésité, migraineuse.

Antécédents collatéraux. — Trois autres enfants, bien portants, n'ayant pas de livedo.

Antécédents personnels. — Enfant, né à terme (pesait 5 liv. 1/2), nourri au sein jusqu'à quinze mois. N'aurait eu aucun stigmate en venant au monde, et n'a pas présenté de signes de spécificité. Rougeole à trois ans.

Dès les premiers mois, on a remarqué sur la peau de l'enfant, des taches livides, circinées ou quadrangulaires, dessinant réseau (livedo).

L'enfant a toujours été très nerveux, très impressionnable, et, depuis quelque temps, il présente des maux de tête.

État actuel. — Enfant assez grand, bien développé. Il aurait, paraît-il, maigri. Rien à l'auscultation du poumon et du cœur.

Il présente sur la peau des membres, du tronc, de la face même, des lividités cutanées, dessinant de véritables réseaux, et qui répondent bien à la description de livor cutis, de livedo. Ces troubles circulatoires de la peau n'entraînent aucune modification subjective. Pas de démangeaisons, cependant, tendance au refroidissement.

L'enfant boit beaucoup, est dyspeptique, cause de ses transpirations abondantes, et peut-être de ses maux de tête. Cuti-réaction négative.

OBSERVATION II

Livedo à peu près exclusif à la face. — Antécédents tuberculeux et nerveux. — Enfant myxœdémateuse un peu rachitique.

J... Hélène, âgée de sept ans et demi, vue le 23 février 1911, salle Chaumont (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Père, trente ans, bien portant (mais tuberculose pulmonaire dans sa famille) ; il est grand, fort, a fait son service militaire, n'est pas buveur.

Mère, vingt-huit ans, tousse tous les hivers, très nerveuse, a fréquemment des crises, mais sans morsure de la langue, ni amnésie ; elle aurait eu de la laryngite.

Antécédents collatéraux. — Un autre enfant, de quatre ans, bien développé, a de la laryngite. Pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — Avant la naissance de l'enfant, la mère a eu de nombreuses contrariétés ; elle aurait eu une vive frayeur (chute de la foudre), quatorze jours avant ses couches. Accouchement difficile, avec présentation de l'épaule, on a fait une version. A la naissance, l'enfant était asphyxique.

Elle est née à terme, et a été nourrie au biberon jusqu'à quatorze mois.

Première dent à quinze mois. Premiers pas à cinq ans. Rougeole à trois ans et demi.

Elle a toujours été trop tranquille, apathique, sans entrain, ni gaieté. La mère s'aperçoit, que son enfant, vers quatorze mois, ne grandit plus. Il y a deux ans, elle aurait été traitée par de la thyroïdine, et c'est à ce moment qu'elle aurait marché.

État actuel. — Poids : 15 kgr. 200. Taille : 0 m. 87.

Enfant de petite taille, grosse, ventre un peu proéminent, facies gonflé. Constipation de temps à autre. Les extrémités sont refroidies.

Rien au cœur ni aux poumons. Foie et rate normaux.

Traitement. — 0 gr. 10 de thyroïdine pendant dix jours de suite, avec repos de cinq jours.

2 mai 1912. — L'enfant est admise à la salle Chaumont (Enfants-Malades).

Sous l'influence du traitement de l'année précédente, la mère a constaté une amélioration portant sur la taille, sur la parole devenue plus distincte, sur l'esprit un peu moins engourdi. L'enfant était depuis deux ans à la campagne.

État actuel. — Poids : 20 kgr. 300. Taille : 1 m. 09.

Bouffissure des téguments. Tête énorme, très élargie transversalement.

De plus, à la face, dans les régions malaires, on voit des réseaux violacés ; ce livedo comprend même des points plus diffus d'érythrose, où on ne distingue plus de réseaux.

Peau violacée, œdématiée, froide.

Marbrures à peine visibles sur les membres inférieurs. Rien aux membres supérieurs.

Les paupières et les lèvres sont volumineuses, le menton est petit, le facies inerte et immobile. Abdomen proéminent. Mains et pieds bouffis. Déformations pseudo-rachitiques des membres inférieurs. Intelligence pas très développée, toutefois, l'enfant, quoique très apathique, répond un peu aux questions qu'on lui pose.

Le pouls n'est pas rapide. Tension artérielle : 10 1/2. Corps thyroïde très peu développé. Pas de céphalée, pas d'anorexie.

Rien aux poumons ni au cœur.

Traitement. — Tablettes de thyroïdine de 0 gr. 10, pendant dix jours, avec repos de cinq jours.

OBSERVATION III

Livedo généralisé. — Antécédents maternels rhumatismaux et suspects de tuberculose. — Enfant myxœdémateuse

G .. Camille, âgée de cinq ans, vue le 26 octobre 1911, salle Chaumont (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de trente ans, bien

portant, ne tousse pas ;

Mère, âgée de vingt-cinq ans, a eu une pleurésie fibrineuse, et, il y a cinq ans, une attaque de rhumatisme articulaire ; depuis sa pleurésie, elle tousse toujours un peu, a eu de fréquentes bronchites, mais pas d'hémoptysies.

Antécédents collatéraux. — Pas d'autres enfants ni de fausses couches.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme (pesait 9 livres). Accouchement normal, pas de respiration artificielle. Nourrie au sein jusqu'à dix-huit mois, mais non réglée, l'enfant prenant le sein au moindre cri.

Première dent à onze mois. Premiers pas à vingt-deux mois.

Rougeole à trois ans, sans complication. Peu après, coqueluche. La mère dit que l'enfant a toujours été très forte. Peu remuante, elle ne joue pas lorsqu'elle est seule, mais, depuis un an, elle joue davantage avec les enfants de son âge.

L'enfant a grandi assez régulièrement jusqu'à un an et demi, mais, depuis ce moment, elle a grandi très peu, si même elle a grandi. N'a jamais été traitée pour cet arrêt de croissance.

État actuel. — Poids de 13 kgr. 550. Taille de 0 m. 80. On est frappé par la petite taille de l'enfant. La petite malade est très grosse, le ventre est légèrement proéminent, mais sans hernie ombilicale.

La tête est grosse, la face est joufflue, le nez est large, enfoncé, la langue est plutôt fine, la bouche est continuellement entr'ouverte.

Les cheveux sont assez longs, fins, mais rares. Rien aux poumons ni au cœur. Circonférence de la tête : 48 cm. 5.

Traitement. — Bains à 36 degrés, dix minutes chaque jour. Frictions au baume de Fioravanti. Thyroïdine : 0 gr. 05

23 novembre. — Poids : 12 kgr. 400. Taille : 0 m. 815. L'enfant est nerveuse, paraît avoir un peu de fièvre, dort moins bien, depuis qu'elle prend le médicament. On continue le traitement aux mêmes doses.

21 décembre. — L'enfant revient aujourd'hui, à peu près dans le même état, avec un livedo généralisé. Facies violacé. Les réseaux sont aussi marqués sur les membres et le thorax, de même que sur la face. Acro-asphyxie avec refroidissement. Livedo surtout accusé, quand l'enfant est debout. Facies rouge, rosé, avec réseaux.

28 décembre. — Poids : 13 kgr. 100.

29 février 1912. — Toujours livedo généralisé, quoique moins foncé. Membre supérieur, refroidi, de son extrémité, au coude. Membre inférieur, présentant aux extrémités, cette teinte toujours nettement violacée, ainsi qu'un certain degré de moiteur avec refroidissement.

OBSERVATION IV

Livedo s'étant atténué par le repos au lit. — Enfant soignée par le sérum anti-tuberculeux du Dr Jousset. — Cutiréaction positive.

S... Aline, âgée de quatorze ans, domestique. Entrée le 7 novembre 1911, salle Chaumont (Enfants-malades).

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de cinquante ans, bien portant, n'a jamais été malade.

Mère, âgée de quarante-cinq ans, bien portant également.

Antécédents collatéraux. — Deux frères et une sœur bien portants ; quatre autres frères ou sœurs, morts d'affections que la malade n'a pas su déterminer.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein maternel. Premiers pas à dix mois, première dent ?

Scarlatine à sept ans ; oreillons à dix ans.

A Paris, depuis dix-huit mois, comme domestique.

État actuel. — Un peu fatiguée depuis quinze jours, garde le lit depuis huit jours, ne tousse pas, n'a pas eu de frissons.

La malade paraît assez forte, mais ses yeux sont un peu cernés et brillants. Les lèvres sont très colorées. Très abattue ; constipée, mais sans signe objectif du côté de l'abdomen, ni de douleur.

Elle présente, des deux côtés des fausses côtes, des taches rouges, dus à des vésicatoires.

Rien du côté de la rate. Foie très légèrement augmenté de volume. Rien aux poumons, ni au cœur.

Domestique dans une crémerie, se levait à 5 h. 1/2, et portait le lait, dans une vingtaine de maisons, où il lui fallait monter des étages. Elle rentrait vers 7 h. 1/2, pour travailler et servir à la crémerie ; la journée était donc fatigante. Non encore réglée.

9 novembre. — On attribue sa fièvre à du surmenage, et peut-être à un état typhique.

16 novembre. — Cuti-réaction positive. Fièvre à grandes oscillations.

22 novembre. — Injection de 30 centimètres cubes de sérum de Jousset, à la face antérieure de la cuisse droite.

28 novembre. — La température ayant remonté, nouvelle injection de 10 centimètres cubes dans la cuisse gauche.

29 novembre. — Chute de la température.

7 décembre. — Nouvelle injection de 10 centimètres cubes du côté droit.

15 décembre. — Injection de 5 centimètrs cubes de sérum de Jousset.

A ce moment, on remarque que la malade présente du livedo; de l'extrêmité du membre supérieur jusqu'au coude, et sur tout le membre inférieur, quadrillages violacés, irréguliers, dessinant sous la peau, le réseau des capillaires sous-cutanés. Ce réseau est plus marqué, lorsque le bras de la malade est resté un instant exposé à l'air.

5 janvier 1912, — Depuis deux ou trois jours, les mains seules restent un peu violacées, avec un semblant de marbrures, ne dépassant pas les poignets. Plus rien aux membres inférieurs. Face toujours érythrosique dans son ensemble.

OBSERVATION V

Livedo généralisé. — Enfant hypothyroïdien
Un frère atteint de livedo

L... Alexandre, âgé de quatre ans, vu le 23 novembre 1911, salle Chaumont (Enfants-Malades).

N.-B. — *Comme cette observation a déjà été décrite en détail, dans notre introduction, nous ne la reprendrons pas depuis le début; mais nous la compléterons ici, ayant eu l'occasion d'observer ce petit malade par la suite.*

27 novembre. — On note alors que la mère est érythrosique ; quant à l'enfant, son état est resté sensiblement le même.

Cuti-réaction négative.

7 décembre. — Le livedo s'est atténué sous l'influence des frictions ; il reste néanmoins très marqué à la face, quoique un peu moins net. L'adénopathie du triangle de Scarpa a beaucoup diminué.

Un frère, âgé de six ans, présente un livedo, surtout marqué aux membres inférieurs ; il est bien moins net que celui de son jeune frère, mais toutefois évident. On lui fait prendre de la thyroïdine, à raison de deux pastilles de chocolat par jour, de 0 gr. 25 chacune. La cuti-réaction, qui lui est faite, est négative.

14 décembre. — Le livedo du frère aîné a sensiblement augmenté.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Livedo généralisé. — Antécédents paternels, pulmonaires et asthmatiques. — Cuti-réaction positive chez l'enfant, douleurs dans les jambes.

V... Simonne, âgée de dix ans et demi, vue les mardi et jeudi, 19 et 21 décembre (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de quarante-six ans, actuellement bien portant, a eu une congestion pulmonaire, soignée pendant six semaines, il y a quatre ans ; aurait de l'asthme ; est érythrosique.

Mère, âgée de trente-sept ans, bien portante, forte, vigoureuse.

Antécédents collatéraux. — Un frère, âgé de quinze ans, fort, et non érythrosique.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme, nourrie au sein maternel jusqu'à six mois.

Première dent à huit mois. Premiers pas à onze mois.

Rougeole à dix-huit mois ; puis, peu après, convulsions pendant quelques jours, dues à helminthes, qui ont été expulsés au nombre de 5; les convulsions ont en même temps disparu.

L'enfant a toujours eu le visage coloré, mais cette érythrose aurait, paraît-il, un peu diminué. Elle a toujours été forte, pas frileuse, pas d'engelures.

État actuel. — Enfant très forte, très grosse. Visage rond, joufflu, présentant une apparence de couperose. Sur les joues, on voit de petites taches d'un rouge violacé, qui limitent des surfaces quadrangulaires et annulaires. Les marbrures ont apparu sur les membres, il y a un mois. Quand on découvre les bras et les jambes, on est frappé par l'état marbré de la peau, qui consiste dans un quadrillage et des anneaux plus ou moins irréguliers, unis entre eux sous la forme d'un réseau à larges mailles. La coloration de ce réseau varie suivant la position de l'enfant, et suivant les moments de la journée. Les extrémités sont un peu refroidies, diffusément violacées, et donnent la sensation d'hyperidrose.

Cuti-réaction positive. L'auscultation du poumon et du cœur est négative. État général habituellement bon.

Traitement. — Récalcification. Frictions avec :

Essence de térébenthine..... 30 gr.
Alcool camphré..... 120 gr.

4 janvier 1912. — L'enfant revient améliorée. Livedo encore très net, mais déjà un peu atténué. L'enfant grandit beaucoup et se plaint de douleurs dans les jambes et les cuisses ; on peut penser à des douleurs de croissance.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Livedo généralisé, ne s'étant pas atténué par le repos au lit. — Enfant très rachitique, atteinte de chorée. — Pas de rhumatisme.

P... Marie-Gabrielle, âgée de onze ans, entrée le 2 janvier 1912, salle Chaumont (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents collatéraux. — Trois autres enfants, également bien portants.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein maternel jusqu'à quatorze mois.

Première dent ?. — Premiers pas, vers deux ans et demi.

Vers l'âge d'un an, a présenté des noûres aux articulations du genou, du poignet, ainsi que de chaque côté des articulations chondro-sternales.

A deux ans, rougeole. A été soignée vers le 25 août 1911, salle Chaumont, pour mouvements choréiques, puis est repartie guérie. Rien de particulier jusqu'au 14 décembre dernier, époque où sont réapparus quelques mouvements ;

ils ont augmenté chaque jour d'intensité ; enfin, ces derniers jours, tout le côté gauche à été atteint.

État actuel. — Enfant bien développée. Très agitée actuellement. Traces de rachitisme : le fémur est surtout incurvé du côté gauche et les deux tibias sont en lames de sabre. Thorax cylindrique.

A la pointe du cœur, souffle systolique, s'atténuant dans la position assise. Rien aux poumons. Urines normales.

La face est érythrosique, d'une coloration diffuse, et assez étendue. Les membres supérieurs présentent dans toute leur hauteur, une coloration rosée, assez nette, à réseaux toutefois peu caractérisés.

Aux membres inférieurs, pieds pâles, jambes assez uniformément rosées ; les cuisses sont un peu plus colorées, et présentent des marbrures.

Sur le tronc, on retrouve, dans l'ensemble, cette même teinte rosée, avec marbrures assez claires, cependant très nettement apparentes à jour frisant.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Livedo généralisé, mais de coloration atténuée. — Antécédents paternels éthyliques. — Antécédents collatéraux suspects de tuberculose. — Enfant avec antécédents personnels pulmonaires, douleurs dans les jambes.

P... Andrée, âgée de sept ans et demi, vue le 4 janvier 1912, salle Chaumont (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de trente et un

ans, éthylique, a habité les colonies, pendaut une dizaine d'années.

Mère, âgée de trente et un ans, bien portante.

Antécédents collatéraux. — Un frère, mort à trois mois, de congestion cérébrale ; une sœur, de dix-huit mois, ayant eu des bronchites et un écoulement d'oreille.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme, nourrie au sein maternel jusqu'à dix-sept mois.

Première dent ?. — Premiers pas, à onze mois.

Première année difficile, l'enfant étant très nerveuse, criant beaucoup.

Rougeole à cinq ans ; presque aussitôt après, coqueluche, suivie d'une broncho-pneumonie, pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital Trousseau. L'état a été grave, et il a fallu une année de soins, pour arriver a un état de santé satisfaisant.

État actuel. — Elle vient, parce qu'elle souffre dans les jambes, surtout la journée. La nuit, elle dort assez bien, malgré une certaine agitation dans son sommeil. Pas d'albumine dans les urines.

Aux membres inférieurs, livedo très net, remontant jusqu'à la racine des cuisses ; les marbrures existent, quoique peu accusées ; les pieds sont faiblement asphyxiques, mais froids et moites.

Aux avant-bras, particulièrement sur la face dorsale, livedo assez clair, cependant nettement apparent.

Les joues sont diffusément érythrosiques.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Livedo surtout marqué aux membres inférieurs. — Enfant bronchitique, suspect de tuberculose, a été soignée avec des injections de mycolysine.

V... Georges, âgé de six ans, vu à la consultation du mardi, le 9 janvier 1912 (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents collatéraux. — Un frère, de huit ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Enfant nourri au biberon, jusqu'à dix-huit mois.

Première dent, à neuf mois. Premiers pas, vers deux ans. A eu pendant la première année, de l'entérite, avec diarrhée, érythème des fesses. Varicelle à deux ans. Nouvelle entérite, avec bronchite grave, vers deux ans et demi.

Depuis une année, l'enfant tousse, surtout la nuit, il a de la fièvre, dort cependant assez bien. Appétit diminué.

M. le Dr Doyen lui a fait, du 12 novembre au 22 décembre dernier, des injections de mycolysine ; l'enfant en a absorbé, en outre, par voie buccale, trois fois par semaine. L'état a semblé s'améliorer le premier mois, puis l'enfant s'est repris à tousser comme auparavant.

État actuel. — Bronchite, avec râles ronflants, dans l'étendue des deux poumons. Le sommet gauche, en arrière, paraît suspect.

On note de la tachycardie, le pouls est à 120.

L'enfant présente du livedo, avec marbrures très nettes aux membres inférieurs, jusqu'à la racine des cuisses.

Le tronc est légèrement rosé.

Quelques réseaux discrets, sur une faible étendue de la face dorsale des poignets.

Le visage est un peu érythrosique.

OBSERVATION X (Personnelle)

Livedo généralisé. — Antécédents tuberculeux, héréditaires et collatéraux. — Enfant présentant du méningisme, un peu de myxœdème. — Cuti-réaction positive.

M... Marthe, âgée de huit mois, vue à la consultation du mardi, le 9 janvier 1912 (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire il y a sept mois.

Mère, âgée de vingt-quatre ans, paraît bien portante.

La grand'mère tousse et garde habituellement l'enfant.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort de méningite il y a cinq ans; puis fausse couche de trois mois et demi; un autre frère, mort il y a un an et demi, à la suite d'un état méningé qui n'aurait duré que vingt-quatre heures.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme, nourrie au sein maternel. Pas encore de dents. A eu de la bronchite il y a trois mois.

État actuel. — Depuis deux mois, l'enfant crie beaucoup la nuit, dort peut; la journée, elle crie seulement, si on la

remue ; son cri est pénible, un peu rauque, et semble être l'indice de quelque obstacle au niveau du naso-pharynx.

La tête est grosse, assez dilatée, très renversée en arrière, où l'on sent profondément le sillon de la nuque. Le corps et les membres sont également énormes, comme œdématiés. Cuti-réaction positive.

L'enfant présente du livedo, très marqué sur tout le corps. Le visage est érythrosique, et cette coloration s'exagère pendant les cris. Depuis qu'elle s'est un peu calmée, les marbrures ont légèrement diminué, restant toutefois très apparentes aux membres inférieurs, un peu moins aux avant-bras.

18 janvier 1912. — L'enfant ayant un peu d'inégalité pupillaire, M. le Dr Comby lui a fait une ponction lombaire, d'où il est sorti un liquide clair, sans hypertension. Elle aurait été soignée, paraît-il, avec des frictions mercurielles.

Livedo toujours très net. Les marbrures de la face sont aujourd'hui des plus caractéristiques et assez étendues.

Il y a hyperidrose palmaire et plantaire.

OBSERVATION XI (Personnelle)

Livedo généralisé, ayant toujours existé. — Enfant bronchitique, actuellement soigné pour une pneumonie.

B... Georges, âgé de dix-sept mois, entré le 15 janvier 1912, salle Roger (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents collatéraux. — Trois autres enfants, également bien portants.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme, nourri au sein maternel pendant deux mois, puis au biberon encore actuellement, avec de petites panades.

Première dent à seize mois. Premiers pas commencent. Bronchite légère, au début de décembre 1911, qui s'est passée.

État actuel. — Malade depuis le 1er janvier 1912, avec état fébrile, tout le corps brûlant, abattement extrême. La toux, qui s'était calmée, une fois la bronchite guérie (15 décembre 1911), a repris le 1er janvier 1912, à la suite d'un refroidissement. Cet état s'est poursuivi tous ces derniers jours avec même abattement. La mère, qui l'a entretenu de briques très chaudes, a constaté que, par moments, il se refroidissait beaucoup.

A l'examen du petit malade, rien à la gorge, pas d'éruption sur le corps. Mais on constate l'existence de marbrures particulièrement apparentes, sur les membres inférieurs, cependant visibles sur tout le corps. La mère nous dit qu'il a toujours été ainsi.

Aux poumons, on entend, en arrière et à droite, un souffle tubaire du sommet, entouré d'une couronne de râles crépitants très nombreux. A la percussion, légère zone de matité. Pouls à 152. Température à l'entrée : 39°4.

17 janvier. — La température, de 37°7 la veille au soir, atteint 38°2 ce matin. A l'auscultation, il reste un peu de matité au sommet droit, en arrière, mais le souffle a disparu. Encore quelques râles sous-crépitants, fugaces, non cons-

tants. Les bases sont normales. L'état général paraît bon.

19 janvier. — La température se maintient entre 37°2 le matin et 38 degrés le soir, depuis deux jours. Le sommet droit laisse encore entendre quelques râles très atténués. Vers la base droite, nombreux râles sous-crépitants ; à la base gauche, ils sont très atténués.

Le livedo persiste sur tout le corps, mais semble prédominer sur le thorax.

20 janvier. — Encore quelques râles sous-crépitants à la base droite. Chute de la température, en lysis, depuis deux jours ; elle est actuellement à 37 degrés.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Livedo surtout marqué aux membres inférieurs. — Frères et sœurs, soit morts de méningite, soit nés avant terme. — Six fausses couches. — Enfant née avant terme, suspecte de tuberculose, douleurs dans les jambes.

V... Paule, âgée de six ans, vue le jeudi, 25 janvier 1912, salle Chaumont (Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants ; toutefois, la mère se fatigue beaucoup à faire des ménages et à cirer les parquets.

Antécédents collatéraux. — Une fille, née au terme de sept mois, morte de méningite ; puis fausse couche de trois mois ; une fille, née à terme, âgée de douze ans, bien portante ; une autre fille, née au terme de sept mois, âgée de onze ans,

se plaint souvent de maux de tête, a eu déjà des accidents méningés ; puis fausse couche de trois mois et demi ; une fille, née au terme de huit mois, âgée de huit ans, bien portante ; puis, trois fausses couches successives de trois à quatre mois ; enfant vue aujourd'hui, née au terme de sept mois ; enfin, fausse couche de quatre mois.

Antécédents personnels. — Enfant nourrie au sein maternel, jusqu'à quinze mois, pesait 1.750 grammes à sa naissance.

Première dent à onze mois. Premiers pas vers quinze mois. A eu une otite, avec abcès, puis écoulement de pus pendant une semaine environ. Beaucoup de fièvre, vers deux ans et demi. Bronchite légère, ayant duré une quinzaine de jours, à l'âge de trois ans.

État actuel. — Depuis deux ou trois mois, l'enfant souffre dans les jambes, surtout la gauche, à la face interne, légèrement au-dessus du genou, lorsqu'elle a un peu marché. La palpation ne rèvèle rien, et la douleur provoquée est insignifiante.

Enfant maigre, chétive, d'aspect lymphatique, teint pâle. Tousse un peu. Rien aux poumons ni au cœur.

Le livedo, qui date de trois mois, est surtout très net aux membres inférieurs, où il existe des marbrures et de la cyanose des pieds, qui sont moites et violacés.

Le tronc, surtout le thorax, présente aussi quelques marbrures.

Aux membres supérieurs, acro-cyanose, avec peau moite, quant aux marbrures des avant-bras, elles sont moins accentuées qu'aux membres inférieurs.

Pas d'érythrose de la face.

La mère nous dit que le livedo augmente ou diminue, en même temps que les douleurs de jambes.

Pas de livedo chez les autres enfants.

Traitement. — Frictions, matin et soir, avec flanelle imprégnée d'essence de térébenthine : 30 grammes ; alcool camphré : 120 grammes. Prendre un bain de vingt minutes, à 38 degrés, un fois par semaine, avec 200 grammes de carbonate de soude dans chaque bain. Continuer l'huile de foie de morue que l'enfant prenait déjà.

OBSERVATION XIII (personnelle)

Livedo généralisé, ayant toujours existé.
Enfant sujette aux bronchites

B... Henriette, âgée de deux ans et demi, vue à la consultation du mardi, le 30 janvier 1912 (Enfants-malades).

Antécédents héréditaires.— Parents bien portants.

Antécédents collatéraux. — Une fille, âgée de neuf ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme, nourrie au sein maternel, jusqu'à quatorze mois, pesait 4.500 grs. à sa naissance,

Première dent, à six mois, premiers pas, à neuf mois et demi. Coqueluche, à un an et demi, pour laquelle elle a été soignée salle Roger (Enfants-malades), pendant trois mois.

État actuel. — — L'enfant est amenée par sa mère, parce qu'elle est enrhumée depuis le commencement de l'hiver et

qu'elle continue à tousser. Elle serait fatiguée, paraît-il, depuis qu'elle a eu la coqueluche.

A l'auscultation, on entend quelques râles ronflants dans les deux poumons.

On remarque que l'enfant a du livedo, et la mère nous dit qu'elle l'a toujours vue, depuis sa naissance, ainsi marbrée sur le tronc et les cuisses. Les pieds sont sensiblement refroidis, et un peu moites.

Avant-bras légèrement violacés. Les mains ne sont pas refroidies.

Face un peu érythrosique.

Notons enfin, que les marbrures sont très accrues par les cris de l'enfant.

OBSERVATION XIV (personnelle)

Livedo généralisé, ayant toujours existé. Antécédents paternels tuberculeux. L'enfant a eu une péritonite tuberculeuse.

G. Germaine, âgée de neuf ans, vue à la consultation du mardi, le 13 février 1912 (Enfants-malades).

Antécédents héréditaires. — Père mort, le 30 janvier dernier, de tuberculose pleuro-pulmonaire, toussait beaucoup.

Mère bien portante, un peu érythrosique.

Antécédents collatéraux. — Trois autres enfants, bien portants, sans érythrose, ni marbrures.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme, nourrie au biberon, jusqu'à dix-sept mois.

Péritonite tuberculeuse, à deux ans. Rougeole, à six ans.

État actuel. — Le visage ne paraît pas amaigri, mais le reste du corps l'est sensiblement.

L'enfant a toujours eu du livedo.

Visage très érythrosique, un peu marbré.

Le membre supérieur est particulièrement rouge-violacé, jusqu'à la moitié inférieure de l'avant-bras ; marbrures dans toute sa hauteur ; les mains sont moites, et l'enfant y a habituellement froid.

Aux membres inférieurs, les cuisses présentent des marbrures très nettes, de coloris accentué, et à grands quadrillages ; genoux très violacés ; les jambes présentent aussi aussi des marbrures, mais le quadrillage est moins espacé, et la teinte y est plus diffusement violacée ; pieds moites et refroidis, mais peu colorés.

Sur le tronc, principalement au niveau du thorax, marbrures généralisées, mais d'une coloration atténuée.

Cuti-réaction positive.

27 février. — L'enfant a été ramenée à la consultation, nous avons pu constater que l'érythrose du visage et la teinte violacée de la face interne des genoux, étaient restées très nettes et accentuées. Sur le reste du corps, sauf cependant à la face interne des cuisses, il y a atténuation manifeste du coloris.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Livedo, s'étant très atténué par le repos au lit. — Une sœur morte de tuberculose pulmonaire. — Livedo familial. — Pas de tuberculose, cliniquement constatée, chez la malade.

Mme J..., âgée de vingt-sept ans, vue le 8 mars 1912, à la consultation de chirurgie (hôpital Saint-Louis), est reçue dans le service du Dr Rieffel, pour une salpingite gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort récemment ; était atteint, depuis plusieurs années, d'aliénation mentale ; était érythrosique. Mère, bien portante, érythrosique.

Antécédents collatéraux. — Une sœur, morte de tuberculose pulmonaire, à vingt-quatre ans, était également érythrosique ; un frère plus jeune, bien portant, mais érythrosique, et présentant quelques marbrures sur les avant-bras ; un autre frère, plus âgé, ayant de même, de l'érythrose et des marbrures, a été réformé pour affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein. Premiers pas à onze mois. A cinq ans, fluxion de poitrine, et à vingt ans, congestion pulmonaire.

A eu, à l'âge de vingt ans, une petite fille, qui est bien portante, mais qui présente de l'érythrose et des marbrures, s'exagérant par le froid. A l'âge de vingt et un ans, accouchement au huitième mois, d'un enfant mort depuis trois ou quatre jours.

État actuel. — Entre pour des douleurs, siégeant au

niveau du bas-ventre, à gauche. On constate, au toucher, que la trompe gauche est augmentée de volume, et sensible. Pertes blanches.

Rien aux poumons, ni au cœur.

Livedo, avec marbrures très nettes sur les membres inférieurs ; genoux violacés.

Aux membres supérieurs, extrémités violacées, refroidies et moites. Érythrose de la face.

11 mars. — La malade, que nous avons revue dans le service du Dr Rieffel, garde toujours son érythrose de la face, mais les marbrures se sont atténuées sensiblement par le repos au lit.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Livedo généralisé. — Antécédents bronchitiques et tuberculeux, paternels et collatéraux. — Malade tuberculeux.

F... Maurice, âgé de vingt-sept ans, vu à la consultation de chirurgie (hôpital Saint-Louis), le 31 mars 1912.

Antécédents héréditaires. — Père, atteint de bronchite chronique. Mère, bien portante.

Antécédents collatéraux. — Un frère, bien portant, quatre sœurs, bien portantes également, mais une autre, âgée de seize ans, est tuberculeuse, a toujours été malade.

Antécédents personnels. — Pas de maladies avant le régiment, où il a contracté, au bout de trois mois, une pleurésie purulente ; on voit, en effet, à gauche et en arrière,

la rétraction cicatricielle de la peau, produite à la suite d'un empyème.

Il mesure 1 m. 59, et pèse 63 kilos.

Depuis sa maladie, il s'enrhume facilement tous les hivers, et on l'avait traité par des injections rectales de créosote, et par un régime de suralimentation, avec de la viande de cheval hachée. Il y a une année, hémoptysie, répétée deux ou trois fois, dans la même journée. Il mouche habituellement un peu rouge, cependant, il n'est pas survenu depuis, de nouvelle hémoptysie.

État actuel. — Le malade paraît fatigué, est amaigri, moustaches d'un blond roux. Le visage participe un peu à cette rousseur, ce qui empêche de distinguer nettement, s'il revient une certaine part à l'érythrose.

A l'examen des poumons, légère obscurité respiratoire en arrière, aux deux sommets, avec un peu de submatité.

Le malade tousse souvent, et expectore, surtout le matin, des crachats épais et visqueux.

Rien au cœur. Pouls à 96.

Présente du livedo, sur toute la surface du corps. Sur le tronc, marbrures assez nettes, particulièrement en avant.

Aux membres supérieurs, de leur extrémité jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras, le lacis est assez épais, au point que l'ensemble paraît diffusément violacé ; mains refroidies et moites.

Aux membres inférieurs, surtout à la face interne des cuisses, grands réseaux allongés, losangés, à gros lacis très colorés, genoux diffusément violacés.

Le malade étant venu à la consultation pour une douleur localisée à 2 centimètres au-dessous des apophyses styloïdes,

et dans le prolongement du deuxième espace interosseux, on l'envoie à la radiographie.

3 avril. — Celle-ci nous montre, un certain degré de gonflement de la tête du deuxième métacarpien, ce qui autorise à penser à un début de spina-ventosa.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

Livedo prédominant aux membres inférieurs. Antécédents héréditaires tuberculeux et asthmatiques. Le malade tousse un peu; douleurs dans les jambes, avec élancements.

R... Gaston, âgé de dix-sept ans, fumiste, vu le 4 avril 1912, à la consultation de chirurgie (hôpital Saint-Louis).

Antécédents héréditaires. — Père, mort, il y a sept ans, de tuberculose pulmonaire. Mère asthmatique.

Antécédents collatéraux. — Deux frères morts, il ne sait pas de quelle affection ; deux autres frères, dont l'un, bien portant, revient du régiment, et l'autre, âgé de dix ans, est délicat de santé (son médecin lui fait prendre du glycérophosphate de chaux) ; une sœur, bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole vers six ans. — Ensuite, coqueluche. A été opéré de l'appendicite, il y a quatre ans, à l'hôpital Saint-Louis.

Pas de perte de l'appétit, mais souvent constipé. Tousse un peu, depuis quelque temps.

État actuel. — Vient pour des douleurs, siégeant dans les

membres, inférieurs, surtout à droite. La nuit, quelques élancements dans les mollets. Il travaille dehors, est exposé à la pluie, et trouve que sa profession le fatigue beaucoup.

Visage légèrement rosé dans son ensemble ; il ne semble pas, qu'il y ait vraiment érythrose.

Membres inférieurs très marbrés : les jambes présentent de larges striations sur tout leur pourtour ; au niveau des genoux, coloration étendue, donnant l'impression d'une tache fortement violacée ; les cuisses sont surtout marbrées à leurs faces interne et antérieure, avec grands lacis très épais, qu'on retrouve un peu moins foncés, sur le reste de la circonférence. Les marbrures se continuent même, quoique beaucoup plus claires, jusqu'au tiers inférieur de la région fessière.

Mains très violacées, jusqu'au niveau du carpe, mais peu quadrillées ; elles sont moites et sensiblement refroidies.

Jusqu'ici, le malade n'avait jamais remarqué ces marbrures. Le médecin lui avait conseillé pour ses crampes, qui le faisaient faiblir sur es jambes, des frictions depuis quelques jours.

Traitement. — Frictions à l'alcool camphré. Bains salés.

OBSERVATION XVIII

Livedo généralisé — Antécédents héréditaires et collatéraux, très certainement tuberculeux. — Enfant rachitique, cuti-réaction positive.

M... Andrée, âgée de vingt-six mois, reçue le 30 avril 1912, salle Chaumont (Enfants malades).

Antécédents héréditaires. — Père, quarante-six ans, mort, il y a un mois, de méningite. Mère, quarante-cinq ans, s'enrhume souvent.

Antécédents collatéraux. — Pas de fausses couches.

Neuf enfants, dont cinq sont morts : l'un, de tumeur blanche, à l'articulation tibio-tarsienne ; un autre, de méningite ; un troisième, de broncho-pneumonie; un quatrième, né au terme de sept mois et demi ; un cinquième, mort de bronchite.

Antécédents personnels. — Enfant nourrie au sein.

Première dent, à six mois. Premiers pas, à treize mois. N'avait pas encore été malade.

État actuel. — Entrée pour de la bronchite.

L'enfant est rachitique : la fontanelle antérieure est fermée, pas de cranio-tabes, mais incurvation des tibias. Au niveau du thorax, chapelet costal. Nouûres, au niveau des épiphyses radiales et cubitales.

L'enfant présente de l'impétigo, au niveau de l'aile gauche du nez, et au-dessus de la lèvre supérieure gauche. Il a, de plus, de la conjonctivite de l'œil droit, imputable à son impétigo ; il existe, du reste, une croûte impétigineuse au niveau de la paupière supérieure.

L'enfant présente un livedo très net à la face, et le quadrillage et très marqué au niveau des joues.

Livedo également très net aux membres inférieurs, sur les cuisses, les jambes, et même la face dorsale des pieds, où on distingue parfaitement le quadrillage. Légère hypéridrase et refroidissement de la plante des pieds.

Acroasphyxie au niveau des mains, qui sont refroidies et moites.

Les marbrures existent aussi sur le tronc, particulièrement à la face antérieure.

Notons l'existence d'un abcès fluctuant, sur la face dorsale de l'extrêmité postérieure de la première phalange du pouce, avec épaississement de l'os. On est autorisé à penser à un spina ventosa.

Cuti-réaction positive.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

Livedo des membres. — Arthrite de l'épaule chez une sœur. — Malade nettement hypothyroïdien

P... Maurice, âgé de dix-neuf ans, vu le 5 mai 1912, à la consultation de chirurgie (hôpital Saint-Louis).

Antécédents héréditaires. — Père mort, il y a douze ans. Mère, cinquante-huit ans, bien portante.

Antécédents collatéraux. — Trois frères, dont deux sont morts ; trois sœurs, dont l'une (blanchisseuse) aurait eu une arthrite de l'épaule.

Antécédents personnels. — Rougeole, vers sept à huit ans.

Il aurait uriné du sang, il y a près de trois semaines, et aurait eu dans le même temps, de la diarrhée; le sang, un peu filant, sortait d'abord, et ensuite il urinait sans peine. Cet état n'a duré qu'une journée, et un médecin lui a posé plusieurs ventouses scarifiées à la région lombaire.

État actuel. — Taille : 1 m.52. Le jeune homme est venu à la consultation, pour un phimosis assez étroit. Nous

avons constaté alors que la verge était peu développée, de même que les testicules. Il a l'aspect d'un enfant de treize ans environ, car, en même temps que sa taille est très réduite pour son âge, l'ensemble de son corps est peu développé, et ne laisse en rien supposer son âge véritable. Toutefois, la voix a mué.

Nous observons chez lui, du livedo, au niveau des membres supérieurs, avec marbrures de la moitié périphérique des avant-bras, et cyanose des mains, qui sont refroidies, et présentent un peu de moiteur.

Pas d'érythrose faciale nette.

Aux membres inférieurs, quadrillages évidents, mais peu colorés, portant surtout sur la face interne des cuisses. Les jambes ne paraissent guère refroidies.

Corps thyroïde, petit. Rien aux poumons. A l'auscultation du cœur, on note seulement un peu d'éréthisme. Le pouls est à 96.

Traitement. — Tablettes de thyroïdine de 0 gr. 10, à raison de une par jour, pendant dix jours, avec repos de cinq jours (suivant la méthode employée par M. Comby). Frictions stimulantes sur tout le corps à l'alcool camphré. Bains salés.

10 mai. — Le malade est revenu aujourd'hui, car nous tenions à surveiller les effets de la thyroïdine. Il a commencé le mardi 7 mai, se trouve très bien, et paraît très encouragé moralement, par les résultats qu'il espère obtenir de cette médication. Le livedo paraît encore un peu, au niveau de la face interne des cuisses, sous forme de quadrillages atténués, mais nettement perceptibles à jour frisant ; nous n'en avons pas retrouvé sur le reste du corps.

19 mai. — Toujours un peu d'érythrose de la face. Cyanose des mains, avec moiteur. Aux cuisses, les réseaux apparaissent encore, mais faiblement, après que le malade est resté un instant debout et découvert.

Il se fatigue moins, continue son traitement.

OBSERVATION XX (Personnelle)

Livedo à peu près généralisé. — Antécédents héréditaires et collatéraux, très suspects de tuberculose. — Malade rachitique, a été soignée au sanatorium des tuberculeux de Brévannes.

V... Renée, âgée de dix-sept ans et demi, employée dans une fabrique de papiers à cigarettes, vue le 6 mai 1912, à la consultation de chirurgie (hôpital Saint-Louis).

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a treize ans, d'un phlegmon à la lèvre, toussait souvent, était sujet aux bronchites.

Mère, migraineuse, très impressionnable, ne tousse pas.

Antécédents collatéraux. — Un frère, âgé de vingt ans, paraît bien portant depuis une année, a eu une pleurésie, des bronchites.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein maternel jusqu'à quinze mois.

Première dent, à cinq mois. Premiers pas, à dix-sept mois. Vers l'âge de dix-sept mois, l'enfant souffrait dans les jambes, de douleurs qu'on a attribuées au rachitisme, à l'hôpital des Enfants-Malades ; alors, on lui a fait prendre des

bains salés, et c'est vers cette époque qu'elle a commencé à marcher.

Rougeole, vers quatre à cinq mois.

Congestion pulmonaire à quatre ans.

A l'âge de dix ans, congestion du cerveau, qu'elle aurait eue sous l'action du soleil, en revenant de l'école. Elle y serait très sujette.

Réglée à quatorze ans.

Il y a trois mois, un médecin lui a conseillé d'aller au dispensaire de la rue Vaneau, d'où on l'a envoyée au sanatorium des tuberculeux de Brévannes.

Pendant ces trois mois, elle aurait augmenté de 18 livres, son poids actuel étant de 68 kgr. 500. Depuis une année, elle dit être très sujette aux migraines, pour le moindre souci, et surtout lors de ses règles.

Etat actuel. — Vient à la consultation, pour un petit lipôme du cuir chevelu, duquel la ponction n'a rien ramené. et qui s'est vraisemblablement développé sur une adénite ancienne.

A cette occasion, nous sommes frappé par le livedo qu'elle présente avec beaucoup de netteté sur les membres supérieurs : d'abord ses mains sont très violacées, refroidies et moites ; ensuite, du poignet jusqu'au coude, on note des marbrures, faisant tout le tour du bras.

Le visage habituellement rouge, dit-elle, ne semble pas, aujourd'hui, érythrosique.

Aux membres inférieurs, les jambes sont très refroidies, violacées, et on y distingue des marbrures à lacis épais ; les cuisses sont marbrées sur tout leur pourtour, le quadrillage étant plutôt clair, mais faisant, comme aux avant-bras, tout

le tour du membre. Elle dit qu'après une marche, ses pieds deviennent facilement très blancs, pâles (état syncopal).

Pas de livedo nettement appréciable sur le tronc ; cependant légères marbrures rosées, au-dessus des seins.

A l'examen des poumons, submatité du sommet gauche, avec quelques sibilances. Pas de craquements. Elle dit avoir eu un peu de pleurésie sèche et des hémoptysies.

Léger éréthisme cardiaque : Pouls à 92.

Traitement. — Bains salés, deux fois par semaine. Frictions stimulantes sur tout le corps, avec de l'alcool camphré.

OBSERVATION XXI (personnelle)

Livedo de coloration très violacée, ayant toujours existé. — Antécédents pulmonaires, chez un frère. — Malade de complexion faible, a eu une pneumonie au mois de juillet 1911.

L... Georges, âgé de dix-sept ans et demi, vu le 15 mai 1912, à la consultation de chirurgie (hôpital Saint-Louis). Il travaille dans un atelier où on fabrique des scies mécaniques, et a toujours les bras découverts.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère morte au moment de la ménopause.

Antécédents collatéraux. — Quatre sœurs, dont une, morte d'affection que notre malade n'a su déterminer ; cinq frères, dont deux sont morts, l'un, à l'âge de deux mois, de congestion pulmonaire, l'autre, d'affection indéterminée.

Antécédents personnels. — Ne se rappelle pas avoir été malade, étant enfant.

Pneumonie, en juillet 1911, d'une durée de deux mois, après quoi le médecin l'a envoyé passer un mois à la campagne.

État actuel. — Le malade est venu à la consultation, pour une blessure de peu d'importance à l'avant-bras.

Il paraît chétif, a le visage un peu amaigri, en somme, il est de complexion faible.

Nous ne lui avons rien trouvé à l'auscultation des poumons. Au cœur, il existe de l'éréthisme assez prononcé, battements brusques et fortement frappés. Le premier bruit, à la pointe, paraît un peu soufflant. Pas d'antécédents de rhumatisme.

Nous avons été frappé par la couleur violacée de ses mains; cette teinte diffuse et très foncée remonte même au delà des poignets. Aux avant-bras, les quadrillages sont à lacis épais, qui s'atténuent, en arrivant aux bras. Les mains sont moites, mais non refroidies.

La face est érythrosique, et présente un semblant de marbrures.

Sur la face antérieure du thorax, on voit des marbrures rosées, qui s'étendent même jusque sur l'abdomen.

Les membres inférieurs, surtout aux cuisses, sont tellement foncés, violacés, qu'il serait plus juste de parler de taches irrégulièrement disposées, que de quadrillages véritables.

Les jambes sont un peu refroidies.

Le malade nous dit que ces marbrures et cette cyanose ont toujours existé.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

Le mot « livedo » a été tiré, il est vrai, du mot lividités (cadavériques), mais il n'affecte, avec ces lividités, qu'une ressemblance très grossière, et s'en distingue par contre essentiellement, comme nous le verrons au chapitre de l'anatomie pathologique. Cette dermatose aurait plutôt des rapports avec une autre affection nettement inverse, qui est la roséole syphilitique; elles sont entre elles, selon la très juste expression de Finger, ce que le cliché positif d'une image est à son cliché négatif.

Nous examinerons le livedo sur les différents points du corps, son aspect présentant des modalités variables suivant les régions, et nous verrons, à ce propos, que les qualificatifs d'*annularis* et de *reticularis*, qui lui ont été donnés, s'ils sont justes pour telle région, ne le sont plus pour telle autre.

D'abord, *à la face*, on observe à peu près constamment une érythrose, quelquefois typique, sur laquelle M. le Dr Comby a très souvent retenu notre attention.

En quoi consiste-t-elle ? Tantôt ce sont des marbrures d'un rose violacé, en forme d'anneaux — *type annularis* —, dont le coloris est plus ou moins accen-

tué, suivant les cas ; mais, le plus souvent, la teinte se fonce, et par ce fait même, elle se diffuse davantage, prenant alors un aspect uniformément violacé. Nous avons, du reste, eu l'occasion d'observer aux Enfants-Malades, pendant le mois de janvier dernier, une fillette de huit ans, qui présentait, pour tout signe de livedo, cette seule érythrose de la face, diffuse, très violacée, persistante. Elle était soignée pour de l'entérocolite muco-membraneuse, et chez elle, la cuti-réaction à la tuberculine est demeurée négative.

Aux *membres supérieurs*, on est frappé tout d'abord par la coloration violacée des mains, qui va s'estompant de plus en plus, pour changer absolument d'aspect dès qu'on dépasse les apophyses styloïdes du cubitus et du radius.

Prenons cette main, elle donne l'impression de quelque chose de froid, de glacé, et sa face palmaire est presque toujours moite.

Quand on pousse l'observation plus loin, et que l'on remonte vers la région du coude, on découvre des marbrures polyédriques, presque circulaires, dont le diamètre n'excède guère, pour chacune d'elles, 3 à 5 millimètres environ. De violacées, elles passent à la teinte rosée, restant encore perceptibles à jour frisant, dans les cas moyens, lorsqu'on arrive aux trois-cinquièmes supérieurs de l'avant-bras. Dans les cas plus accentués, mais toujours vues à jour frisant, et présentant alors un lacis d'un rose très clair, elles demeurent visibles jusqu'à la racine du

membre. Elles méritent, en ces différents points, le qualificatif d'*annularis*. Retenons en outre, qu'en général, elles sont sensiblement plus marquées à la face postérieure, qu'à la face antérieure de l'avant-bras et du bras.

Au *membre inférieur*, tout le pied, et pour le moins la moitié inférieure de la jambe, sont moites, et donnent à la main qui les palpe, une impression assez désagréable de froid humide. Les marbrures y sont habituellement peu prononcées, mais on trouve d'ordinaire des plaques plus ou moins étendues, sinon confluentes, de couleur violacée. Lorsqu'on arrive à la région rotulienne, on constate que sa face antérieure est presque toujours très violacée, ainsi qu'une partie de sa face interne ; et alors, de là à la racine du membre, mais plutôt sur l'étendue de la face interne de la cuisse, pouvant toutefois empiéter légèrement sur sa face antérieure, se voient des marbrures, qui diffèrent entièrement, quant à leur configuration géométrique, de celles que nous avons vues au membre supérieur. Ce n'est plus le type *annularis*, avec ses petits anneaux de faible diamètre ; mais ce sont de grands dessins lozangés, allongés dans le sens de la hauteur, et dont les lignes s'enchevêtrent quelque peu, délimitant toutefois d'assez grandes figures géométriques, du moins comparativement avec ce que nous connaissons déjà. C'est le vrai *type reticularis*, dans toute sa netteté. Ordinairement, à cette localisation, le lacis est des plus caractéristiques, nettement

coloré ; et, nous le répétons, c'est à cet endroit seulement, que les dessins qu'il figure diffèrent d'une manière essentielle de ceux du reste du corps. Aux autres points de la cuisse, il n'y a, en général rien, ou alors, que fort peu de chose, et la morphologie extérieure rentre dans le type *annularis*.

C'est ce même type que nous retrouvons quand le livedo est très accentué, sur le reste du corps, mais de préférence sur la moitié supérieure de la partie antérieure du thorax, et il est alors nécessaire de rechercher les marbrures à jour frisant, car elles y sont en général très peu colorées. La partie postérieure du thorax est le plus souvent épargnée; enfin, il est rare de trouver des marbrures sur la région de l'abdomen.

Notons que ces différentes colorations, tant diffuses que marbrées, disparaissent à la pression, pour se reproduire presque immédiatement. Elles laissent, dans les régions diffusément colorées, une empreinte blanc jaunâtre,ce qui est du reste le propre de tous les points, où, pour une cause quelconque,le cours de la circulation est retardé ou entravé.

Il n'existe aucun trouble du côté de la sensibilité: les douleurs sont absentes, il n'y a pas de prurit ; c'est même là un point qu'ont signalé à peu près tous ceux qui se sont occupés de livedo.Ce fait assez caractéristique de l'affection, permet déjà à lui seul,d'éviter la confusion avec plusieurs autres dermatoses.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic du livedo est le plus ordinairement facile à faire, surtout quand on a sous les yeux une forme généralisée, de coloris assez intense.

Il se fera par la présence des marbrures, allant de la teinte rosée à la teinte violacée, et délimitant une aire de peau saine ; la coloration des lacis, surtout visible sur les membres, présente une teinte diffuse vers les extrémités, annulaire ou réticulée, quand on s'en éloigne. Les taches s'effacent momentanément à la pression. Il y a du refroidissement, et de la moiteur des mains et des pieds. D'autre part, absence de troubles subjectifs : ni douleurs, ni fourmillements, ni prurit ; du moins, le malade a-t-il la seule sensation de froid.

Il ne semble pas indispensable de s'arrêter à toutes les fièvres éruptives, ni à un trop grand nombre de dermatoses. Nous nous contenterons seulement ici, de passer brièvement en revue, certaines affections, telles que : rougeole ecchymotique, roséole syphilitique, maladie de M. Raynaud, érythromélalgie de Weir-Mitchell, couperose, pityriasis rosé de Gibert, pityriasis rubra de Hébra-Jadassohn, érythème pernio, plus rarement, gale et lèpre, — affections au sujet

desquelles le diagnostic peut être à discuter. Enfin, nous terminerons ce chapitre, en nous arrêtant un peu plus longuement sur la question de l'acrocyanose.

Rougeole ecchymotique. — La rougeole, surtout dans sa forme ecchymotique, et vers la fin de l'éruption, peut affecter parfois une certaine ressemblance avec le livedo, et nous rappellerons à ce sujet, le cas de l'enfant dont nous rapportons l'histoire dans notre introduction ; d'autre part, alors que nous étions attaché au service des *douteux*, comme externe de M. le Dr Comby, il nous a été envoyé une fois comme suspect de rougeole, un petit malade, uniquement atteint de livedo.

En thèse générale, on est très orienté vers la rougeole, quand on l'a vue commencer par la face, avec cette éruption floride, très nette, et quand on a pu constater ou que les parents vous signalent le catarrhe oculo-nasal. En outre, les taches ne s'effacent pas à la pression.

Roséole syphilitique. — Les taches fleur de pêcher se généralisent d'ordinaire à tout le corps, mais sont très rarement observées à la face, sinon sur le front.

Elles ne sont, il est vrai, ni squameuses, ni prurigineuses ; mais, en pareil cas, on doit toujours penser à rechercher le chancre initial, l'adénopathie, les plaques muqueuses, l'alopécie en clairière, la céphalée, etc. . Notons en outre que chez l'enfant, où le livedo est très fréquent, il est assez rare, par contre,

d'observer des accidents de syphilis acquise.

Maladie de Maurice Raynaud. — Cette maladie est symétrique, affecte les extrémités, doigts et orteils, mais se caractérise par de la gangrène localisée, en général de faible étendue, se terminant par des escarres. La peau est desséchée, et, signe caractéristique, il n'y a pas trace de marbrures sur les membres, comme nous l'avons du reste très bien observé, chez un petit malade, hospitalisé salle Chaumont (Enfants-Malades), au mois de février dernier. A la période de congestion, d'asphyxie locale, le malade éprouve d'assez vives douleurs.

Érythromélalgie de Weir-Mitchell. — Ici, comme le nom l'indique, il existe des accès douloureux, et les membres sont d'un rouge violacé ; mais les extrémités sont en général seules atteintes. Il y a absence de marbrures. Enfin, s'il arrive que la sensibilité reste parfois intacte, elle est, dans certains cas, très exagérée.

Couperose. — Cet élément du diagnostic s'adresse aux cas, non pas exceptionnels, où le livedo affecte seulement la face ; mais, tandis que le livedo est alors surtout constitué par une coloration violacée diffuse, ou par une apparence de quadrillages, à lacis plus ou moins épais, il est curieux d'observer, en cas de couperose, ces arborisations enchevêtrées, d'un rouge vif, excessivement fines, qui semblent avoir été tracées avec la pointe d'un pinceau. Elles se trouvent surtout au niveau des pommettes; cepen-

dant quelques ramuscules empiètent sur les ailes du nez, ainsi qu'au niveau de l'extrémité libre de la muqueuse de cet organe ; le menton est souvent couperosé. Nous en avons observé récemment un cas très typique, que nous avons spécialement analysé en vue de ce diagnostic : il s'agissait d'une femme de trente-six ans, nettement éthylique. Surtout fréquente entre quarante et cinquante ans, la couperose est tantôt l'indice de troubles gastriques, gastro-intestinaux, ou de dyspepsie hépatique, tantôt, chez la femme, de troubles des fonctions génitales, et s'observe alors chez celle-ci, avec son maximum de fréquence, aux environs de la ménopause.

Purpuras. — Il existe des taches hémorragiques, et non des quadrillages, car il se fait une extravasation sanguine. Ces taches ne s'effacent pas à la pression. Les poussées sont successives, parfois prurigineuses ; quoiqu'il en soit, il peut arriver que le diagnostic s'égare quelques instants, dans certains cas de purpuras primitifs, tels que la péliose rhumatismale de Schœnlein ; mais encore, en pareil cas, il y a le plus souvent, au début, des douleurs articulaires, et les signes distinctifs sus-énoncés, s'ils existent, gardent toute leur valeur.

Pityriasis rosé de Gibert. — Nous avons affaire ici, à une affection érythémato-squameuse, s'accompagnant d'un léger prurit, et occupant d'ordinaire le tronc tout entier, de préférence à la face et aux

membres ; son maximum de fréquence est en été, où elle ne dure qu'un mois ou deux, ne récidivant que très rarement chez un même sujet.

Pityriasis rubra de Hébra-Jadassohn. — Cette dermatose débute surtout dans les grands plis articulaires, par des nappes rouges, à squames furfuracées ; elle se généralise habituellement en deux ans, s'accompagnant de frissonnements, et parfois de prurit. La peau ne reste pas lisse, mais elle se rétracte peu à peu, au point de gêner les mouvements. Enfin, la mort est fatale, et se produit toujours par tuberculose, selon Jadassohn.

Érythème pernio. — Cet érythème s'observe pendant l'hiver, de préférence chez les jeunes sujets scrofulo-tuberculeux ; mais il est rare aux joues, il se crevasse, et s'accompagne de prurit et de cuisson souvent très pénibles.

Gale. — On a prétendu qu'une gale ancienne, modifiée dans ses éléments par suite de la frotte, pouvait faire penser au livedo, à cause du polymorphisme de ses éléments. Toutefois, les démangeaisons la nuit, la contagiosité très grande, les sillons, nous gardent suffisamment de l'erreur.

Lèpre. — Nous dirons quelques mots de la lèpre, bien que ce diagnostic se pose exceptionnellement dans nos régions. Nous savons qu'elle peut se manifester sur le visage, sur le tronc et sur les membres, et que les taches (roséole lépreuse), devenant de teinte

vineuse ou livide, violacée, parfois bronzée, peuvent prendre la forme de cercles, et disparaître en leur centre. Mais il existe du prurit, des fourmillements, de l'abolition de la sensibilité tactile, il se fait ensuite des ulcérations ; et, avant tout, c'est la provenance du malade qui interviendra, pour faire rentrer cette maladie comme élément de diagnostic.

Acrocyanose. — Ici, par contre, le diagnostic a lieu d'être beaucoup plus hésitant, que dans les autres éléments que nous venons de passer en revue ; en effet, l'acrocyanose existe dans le livedo, et nous voyons, d'après un article de Henry Meige (1), qu'elle se rencontre précisément chez les mêmes sujets, qui peuvent aussi présenter du livedo. « Leurs mains et leurs pieds, voire, dans les cas très accentués, leur nez et leurs oreilles, sont violacés, froids, engourdis et souvent un peu moites. La pression du doigt sur la face dorsale de la main, détermine une tache blanchâtre, qui s'efface lentement, et qui est remplacée par une tache d'un rouge vif, plus ou moins durable, tranchant nettement avec la coloration cyanique des régions voisines. » (Brissaud).

L'auteur de cet article, fait observer qu'il existe des acrocyanoses permanentes chez les jeunes sujets lymphatiques ou scrofuleux, ainsi que chez certains individus, dont les membres sont paralysés ou atrophiés. Ces malades, il est vrai, présentent des

---

1. *Nouvelle Pratique médico-chirurgicale illustrée.* Article : *Acrocyanose*, année 1911, t. I, p. 77.

signes subjectifs, tels que sensation d'engourdissement, d'onglée ; d'autre part, il y a chez eux absence de marbrures. Quoi qu'il en soit, malgré ces quelques signes différentiels, on est bien forcé de reconnaître, **sans les identifier absolument**, qu'il existe une parenté assez étroite entre les deux affections.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous trouvons, dans l'observation rapportée par Unna, une étude anatomo-pathologique très intéressante et détaillée que nous commencerons par résumer ici.

Cet auteur a pris soin de pratiquer une biopsie d'une tache bleu rougeâtre, apparue fraîchement sur la cuisse gauche de sa malade : alors, il constate que tous les vaisseaux sont très élargis ; au-dessus du réseau sous-papillaire, le tissu conjonctif est jauni, mais sans extravasation sanguine ; il existe de la nécrose des cellules du corps muqueux de Malpighi, avec un certain degré de gonflement, toutefois les filaments élastiques y restent entièrement conservés. Il conclut donc histologiquement, qu'il y a altérations vasculaires inflammatoires étendues, stase veineuse générale, stase du réseau sous-papillaire au niveau des taches bleu-rougeâtres de la peau, sans extravasation de globules rouges, mais avec issue d'hémoglobine ; au même niveau, nécrose du corps muqueux, et d'une portion du corps papillaire. Pour lui, il existe, en somme, une nécrose multiple, dans une peau en état de stase veineuse généralisée et

très intense. Les troubles vaso-moteurs ne suffiraient pas à tout expliquer. Il y aurait en outre un facteur plus actif, encore totalement ignoré, pour expliquer ce qui a pu provoquer l'inflammation générale des vaisseaux.

Balzer fixe dans les vaisseaux sanguins très superficiels, veinules ou capillaires, le siège de l'altération; mais il constate que les lésions paraissent plutôt suivre les réseaux capillaires, que les troncs variqueux.

Mracek estime que cette teinte bleuâtre de la peau, avec marbrures, doit s'expliquer, soit par action mécanique,ou par action du froid, gênant la circulation de retour, soit par l'ectasie des veines enflammées.

Pour d'autres, il n'y aurait là que des troubles vaso-moteurs, sans lésions vasculaires.

Enfin, d'après Bonnet, contrairement à l'opinion d'un certain nombre d'auteurs qui admettent un processus identique, pour les formations livedo et lividités cadavériques, il s'agit essentiellement, dans le premier cas, d'une hyperhémie, d'une dilatation des capillaires cutanés, et non d'une simple imbibition des tissus, par un liquide ayant filtré hors des vaisseaux ; d'autre part,le réseau coloré du livedo ne correspond pas au décalque du réseau veineux superficiel.

Alors comment se fait-il qu'une hyperhémie cutanée se manifeste sous forme réticulée ?

Nous trouvons l'explication dans les recherches

du Professeur Renaut, au moyen de la méthode des injections incomplètes.

Si on fait une injection artérielle au bleu de Prusse, on sait que le derme s'injecte par points isolés, d'où production de taches bleues arrondies, séparées par des travées incolores (qui finissent par se teinter à leur tour, si on continue l'injection) ; il existe donc dans la peau, des aires dans lesquelles la distribution du sang présente une activité maxima (aires de pleine circulation). « Chacun de ces petits territoires vasculaires est régi par une artère profonde dont la distribution commande un cône vasculaire à base arrondie et terminée vers la surface libre de la peau » (Renaut).

Comme l'afflux sanguin se fait avec une activité moindre dans les espaces intermédiaires, ceux-ci constituent des aires de circulation réduite, naturellement disposées en réseau.

D'où il suit que les taches rouges arrondies, répondant aux aires de pleine circulation, seraient produites par des hyperhémies actives, avec vasodilatation artérielle ; tandis que les réseaux violacés s'expliqueraient par une stase veineuse, prédominant dans les territoires, où la circulation est déjà moins aisée normalement.

Il est certain que cette explication donnée par le professeur Renaut, et détaillée par Bonnet (1), rend compte à la fois des taches violacées et des réseaux.

---

1. Bonnet, *Livedo annularis* (*Presse médicale*, 12 mai 1909).

Il semble bien, en effet, qu'il y ait simplement stase, produite très vraisemblablement par l'action vaso-dilatatrice du grand sympathique, sous des influences générales encore imprécises ; tandis que les hypothèses, faisant intervenir une altération veineuse réelle, une phlébectasie inflammatoire, sont plus difficilement acceptables, d'autant plus qu'il existe des livedos fugaces, pouvant disparaître d'une manière définitive, et surtout, que les réseaux livides ne paraissent pas correspondre dans leur trajet, à celui des troncs veineux.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous allons aborder, dans ce chapitre, le point le plus important de notre étude, le seul même, pensons-nous, qui doive nous arrêter avec un réel intérêt.

En effet, d'où vient le livedo ? Quelles sont ses véritables causes ? Telle est la question que nous allons envisager. Nous nous efforcerons d'y apporter quelques éclaircissements, en nous appuyant principalement sur les hypothèses déjà émises, et aussi un peu sur les observations que nous avons faites, relatives à un certain nombre de malades atteints de livedo.

Ce que nous trouvons surtout dans nos recherches bibliographiques, ce sont les hypothèses d'hypothyroïdisme, et aussi de tuberculose ; puis les états variqueux, avec gêne circulatoire dans les territoires porte et cave inférieure, enfin les états nerveux, migraineux, rhumatismaux, et en outre, comme cause adjuvante, l'action du froid, les compressions, le déshabillage.

Nous pouvons ainsi rapporter ces différentes notions à quatre théories principales : variqueuse, rhumatismale, hypo-thyroïdienne, tuberculeuse. Il est incontestable, d'autre part, que l'action du froid

intervient dans une certaine mesure. Enfin, les facteurs de l'âge, du sexe et de la profession, ne sont pas sans avoir aussi leur influence.

I. *Théorie variqueuse.* — Nous la trouvons surtout défendue par Balzer et Merle, au sujet de leur malade, qui était atteint de varices, avec de l'ectasie veineuse inflammatoire, et qui, revu quelques années plus tard, dans le service du Dr Letulle, présentait les signes d'une cirrhose hépatique, d'origine alcoolique ; toutefois, ce malade avait en outre, du rhumatisme, et était de souche arthritique ; c'est pour cette raison, que Balzer a supposé que les varices ne devaient pas, à elles seules, expliquer le livedo.

II. *Théorie rhumatismale.* — Balzer pense, en effet, que la fluxion rhumatismale du cou-de-pied, dont son même malade était atteint, pourrait aussi un peu expliquer sa dermatose. Cette hypothèse, nous la retrouvons avec Milian, bien que sa malade n'ait pas un rhumatisme franc, mais plutôt de nature tuberculeuse.

III. *Théorie thyroïdienne.* — C'est cette théorie et la suivante, qui ont été le plus généralement exposées. L'hypothèse de l'hypo-thyroïdisme est d'abord émise par Lenglet, qui rapproche les lésions décrites sous le nom de Glossy-Skin, avec peau souvent marbrée, de certains cas attribués à la dystrophie thyroïdienne. Bouveyron est très partisan de cette théorie, et en rapporte deux cas très nets. Léopold-Lévi range le livedo dans les manifestations du tempérament

hypo-thyroïdien. Enfin, Comby en a eu plusieurs exemples, dont un, très typique, qu'il a présenté à la Société médicale des hôpitaux ; et nous l'avons exposé en détail dans notre introduction, ainsi qu'au numéro V du chapitre des observations, le petit malade ayant été revu par la suite.

IV. *Théorie tuberculeuse.* — A propos de cette dernière théorie, nous ferons remarquer que quelques auteurs ont observé très souvent le livedo, dans des cas où la tuberculose, sans être absolument confirmée chez le malade, y est parfois latente, ou du moins s'y révèle par des manifestations atténuées ou locales ; c'est ce qui nous autorisera à faire rentrer dans ce paragraphe, les anémies, le lymphatisme, la scrofule, voire même certains rhumatismes.

Balzer et Griffon, chez leur malade atteint de varices, trouvent précisément l'hérédité arthritique ; quant aux deux malades de Guillain et Troisier, il paraît fort douteux que leur tabes fruste, quoi qu'en dise Poncet, puisse être de la tuberculose atténuée. Queyrat surtout, est partisan de cette théorie, et s'il met en doute l'origine spécifique du livedo chez les deux malades de Guillain, il est, par contre, très porté à rattacher ce symptôme aux tempéraments lymphatiques et aux terrains à bacille de Koch ; il y aurait en effet, suivant lui, un rapport évident entre les manifestations acro-asphyxiques fréquentes chez les tuberculeux, et le livedo. Milian reconnaît cette même étiologie, et il dit qu'on trouve, en pareil cas,

des manifestations tuberculeuses, le plus souvent bénignes. Jourdanet, reprenant l'observation du petit hypothyroïdien présenté par Comby, reconnaît également l'influence du lymphatisme.

Pour ce qui est de nos observations, nous n'en dirons ici que quelques mots, afin d'éviter les répétitions. C'est, du reste pour ce motif, que nous avons tenu à énumérer en tête de chaque observation, ce qu'elle avait de particulier. De la sorte, il sera facile, au premier coup d'œil, d'avoir un aperçu général et déjà suffisant, de chacune d'elles.

Nous n'avons pas rapporté, dans nos observations, de cas où l'hypothèse variqueuse puisse être mise en cause ; il est vrai que, de l'avis de M. Sée, les exemples en sont rares. Toutefois, nous avons eu l'occasion d'observer (1) récemment (19 mai) une femme, âgée de trente-deux ans, qui venait à la consultation de Saint-Louis, pour une arthrite de l'épaule droite. Elle présentait un livedo très net à la face, mélangé à des varicosités non moins évidentes ; aux membres supérieurs, marbrures, surtout à la face dorsale ; enfin, au niveau des cuisses, il y avait à la fois varices fines, non saillantes, et réseaux livides. Mais, en outre, cette femme a pris de la créosote à vingt ans, parce qu'elle toussait. Les varices pour-

1. Nous regrettons de n'avoir pas pu rattacher ce cas au chapitre des observations, notre travail étant déjà terminé ; du moins, avons-nous tenu, pour l'exactitude de notre thèse, à le rapporter ici en quelques lignes.

raient alors n'être qu'une coïncidence, puisqu'il y a en même temps, arthrite rhumatismale, et sans doute, terrain tuberculeux.

A part ce cas, où notre malade était atteinte de varices, ce que nous avons surtout observé, c'est l'hypo-thyroïdisme et la tuberculose, tantôt isolés, parfois aussi, coexistant chez un même sujet. A ce propos, M. le Dr Comby nous faisait remarquer tout récemment, qu'il avait eu maintes fois, depuis quelque temps, l'occasion d'observer le livedo chez des enfants de souche tuberculeuse, ou tuberculeux eux-mêmes.

En plus, nous avons noté à différentes reprises le rachitisme, les migraines, l'asthme des parents, les états nerveux, impressionnables, plus rarement le rhumatisme, et enfin, des douleurs localisées au niveau des jambes, variant parfois d'intensité, dans le même sens que la coloration plus ou moins vive des réseaux. Nous croyons cependant plus vraisemblable de rattacher ces douleurs au rhumatisme, qu'à un trouble de la sensibilité produit par le livedo.

Pour être complet, nous signalerons deux cas (obs. X et XII), où l'hérédo-syphilis peut être incriminée, et un autre cas, observé aux Enfants-Malades, chez un petit Mongolien.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que c'est surtout chez des malades atteints d'affection pulmonaire, ou prédisposés par leurs ascendants, chez les lymphatiques, les hypo-thyroïdiens, les rhu-

matisants, les nerveux, quelquefois aussi chez les hépatiques, que l'on observe le livedo. Mais, s'il est facile de constater, il est plus difficile de ramasser tous ces faits en une cause générale et unique, susceptible d'en expliquer la véritable provenance.

Toutefois, ces états témoignant d'une nutrition ralentie, défectueuse, nous nous demandons si les toxines développées du fait de la tuberculose, du rhumatisme, si celles que ne détruisent plus au fur et à mesure de leur formation, un viscère malade tel que le foie, ou un corps thyroïde en état d'infériorité, nous nous demandons, mais sans prétendre pour autant résoudre la question, si toutes ces toxines ne viendraient pas, chez certains sujets, bien entendu, prédisposés, se fixer sur le sympathique, ce qui permettrait alors de remonter à l'origine de ce même symptôme, provoqué par des affections diverses. Cette hypothèse nous semble d'autant plus suggestive, que nous l'avons trouvée émise avec une grande netteté, en parcourant les *Leçons de Brissaud* (1). Le regretté professeur pense, en effet, que ces diverses substances toxiques peuvent parfaitement exercer leur action sur le sympathique, mais il est nécessaire, en pareil cas, de faire intervenir, en outre, une certaine susceptibilité d'élection.

Enfin, comme cause adjuvante, l'action du froid n'est pas sans avoir son importance ; rappelons-nous

---

1. *Leçons de Brissaud*, recueillies et publiées par H. Meige. 2e série, p. 416.

à ce sujet, que Hébra, qui n'avait observé que des livedo passagers, paroxystiques, a décrit uniquement les formes *mechanica* et *calorica*.

Personne ne nie l'action favorisante du froid ; néanmoins, dans les états permanents, persistant pendant la saison chaude, on ne peut guère accorder au froid qu'une action relative, de rang secondaire.

Quant à l'influence de l'âge, nous avons pu voir que le livedo est surtout fréquent dans la première enfance, laquelle réagit faiblement à l'action du froid; nous croyons qu'en pareil cas, il est même pour ainsi dire physiologique, tant on le rencontre souvent. Dans la seconde enfance, il n'est pas rare non plus de l'observer ; mais, cependant, il diffère déjà de ce qu'il est chez le nourrisson, en ce sens qu'il est alors beaucoup plus souvent durable, permanent, et par suite symptomatique d'un état général plus ou moins troublé. Enfin, nous l'avons observé beaucoup moins souvent à l'âge adulte, et il semble qu'il y serait plus rare.

Au point de vue du sexe, c'est surtout chez la femme qu'on le retrouve, et Hébra l'avait déjà constaté. Serait-ce parce que les sujets à peau fine, d'après Mracek, y seraient plus exposés ?

Quant à la profession, elle n'intervient évidemment pas chez l'enfant ; mais il va sans dire que les individus, ordinairement exposés au froid, à l'humidité, du fait de leurs occupations, y seraient particulièrement sujets. Nous signalerons à ce propos, le livedo

que l'on observe chez les femmes faisant usage de chaufferettes, telles que vendeuses aux halles et autres, qui subissent passivement l'action du froid, sans être à même de la modifier, de la combattre, en un mot, d'y opposer la moindre réaction.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Le livedo peut être transitoire ou permanent.

Dans le premier cas, il apparaît un jour, pour disparaître le lendemain, et quelquefois reparaître plus tard. Cette forme ne présente qu'un intérêt très restreint ; c'est celle que l'on observe d'ordinaire chez les très jeunes enfants, lesquels réagissent plus difficilement que les adultes, aux influences extérieures.

Dans le deuxième cas, le livedo est vraiment durable, persistant, pathologique, et le pronostic relève alors nettement de sa pathogénie.

Cette division en deux formes est, il est vrai, essentiellement schématique. Du moins montre-t-elle que d'une part, l'évolution peut être rapide, de courte durée, et que d'autre part, elle peut être très prolongée, débutant parfois même à la naissance, pour persister de manière à peu près continue chez le malade qui en est atteint. Mais on pourrait interposer une infinité de formes intermédiaires ; c'est ce que démontre la variabilité dans son intensité et sa durée, de cet état qui n'est qu'un symptôme, intimement fonction du trouble général, de l'état morbide, en somme, qui l'a provoqué.

TRAITEMENT

On a essayé dans le livedo, soit isolément, soit simultanément, un traitement local ou symptomatique, et un traitement général ou pathogénique.

I. — *Traitement local.* — Déjà Unna, en 1893, employait pour sa malade, le zinc-gélatine sur la peau, et l'huile ichtyolée à 5 o/o ; mais il y avait chez celle-ci, plus que des marbrures bleuâtres. Cette malade avait en même temps sur les membres, des abcès survenus spontanément et s'accompagnant de douleurs ; ces abcès, après avoir fait ulcérations, fistules, disparurent à l'état de squames. Il est vraisemblable, en pareil cas, de penser qu'Unna se soit adressé plutôt aux ulcérations qu'aux marbrures; toutefois, il est intéressant de signaler la rétrocession simultanée de ces deux processus morbides, aussi avons-nous cru devoir rapporter le fait.

Hyde conseille l'eau boriquée, la pommade à l'oxyde de zinc, les lotions à l'eau de chaux, et fait supprimer les irritants,tels que les lavages au savon.

Comby a obtenu de bons résultats des frictions stimulantes sur tout le corps, avec:

Alcool camphré.....	120 gr.
Essence de térébenthine.....	30 gr.

Il a également prescrit les applications de baume de Fioravanti. Nous verrons, en outre, dans le paragraphe suivant, qu'il y a adjoint un traitement général.

II. — *Traitement général.* — C'est évidemment là le traitement de choix.

Bouveyron a eu des succès chez ses deux malades atteints d'hypo-thyroïdisme avec livedo, en leur faisant suivre le traitement thyroïdien pendant deux mois de suite, à raison de 2 grammes par jour, de glande fraîche de mouton ; par ce moyen, le livedo aurait complètement disparu.

Comby a prescrit contre le lymphatisme, les bains salés, et contre l'hypo-thyroïdisme, l'extrait thyroïdien, ordinairement sous forme de tablettes de 10 centigrammes chacune, à raison d'une par jour, pendant dix jours, avec repos de cinq jours ; il se propose également d'essayer l'extrait de capsules surrénales, pour combattre l'atonie vasculaire périphérique, qu'à son sens, on est en droit d'incriminer.

Enfin, Jourdanet propose le traitement général du lymphatisme, la stimulation de la circulation périphérique par les frictions cutanées, le bain salé, l'huile de foie de morue, les glycéro-phosphates ; il conseille aussi le séjour à la montagne, à la mer, ou aux stations chlorurées sodiques; il considère finalement qu'il est très rationnel d'essayer un traitement opothérapique, comme l'ont déjà fait avec succès, Bouveyron et Comby.

CONCLUSIONS

Le livedo se caractérise par des sortes des marbrures de la peau, plus ou moins confluentes et de coloration rouge violacée, se développant toujours sur un fond de peau saine, et susceptibles, dans certains cas très accentués, de s'étendre à toute l'étendue du tégument. Cette coloration, de cyanique et diffuse qu'elle est au niveau des extrémités, s'atténue progressivement au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la périphérie du membre ; et on la trouve sous forme de marbrures annulaires et fines aux membres supérieurs et sur le tronc (livedo annularis), sous forme de réseaux plus ou moins régulièrement lozangés, et à gros lacis, aux membres inférieurs (livedo reticularis) ; très souvent, on note une érythrose de la face, soit diffuse, soit marbrée. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité.

Bien qu'assez caractéristique habituellement, le livedo peut parfois prêter à confusion, avec d'autres dermatoses, plus particulièrement avec la rougeole ecchymotique, l'acrocyanose simple, certaines formes anormales de purpuras, et le pityriasis rosé de Gibert.

Il est transitoire, paroxystique, quand l'action du

froid (livedo calorica), semble intervenir seule ; au contraire, permanent, durable, quand il est symptomatique d'un état général plus ou moins troublé, tel serait le fait d'un état variqueux, rhumatismal, hypothyroïdien, tuberculeux.

Sans gravité en soi, le pronostic de cette dermatose est lié essentiellement à l'état causal, qui l'a provoquée.

Enfin, pour ce qui est du traitement, on a essayé à la fois un traitement local et un traitement général : d'une part, frictions stimulantes, baume de Fioravanti ; d'autre part, bains salés, glycérophosphates, opothérapie thyroïdienne (l'opothérapie par l'extrait de capsules surrénales, n'ayant été jusqu'ici que proposée).

Vu : le Président de thèse,
E. GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Balzer et Griffon. — Inflammation avec pigmentation des réseaux superficiels du derme (érythème pigmenté réticulaire) (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1897, p. 178).

— Note additionnelle sur un érythème pigmenté réticulaire (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1898, p. 176).

Balzer et Merle. — Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1907, p. 323.

Bonnet (L.-M.). — Livedo (Société nationale de méd. de Lyon: Séance du 21 décembre 1908, — et Lyon médical, 24 janvier 1909, n° 4, p. 140).

— Livedo annularis (Presse médicale, 12 mai 1909, n° 38, p. 338).

Bouveyron. — Deux cas de livedo chronique avec hypothyroïdie. Transformation possible de la livedo, en pigmentation réticulée syphilitique (Société nationale de médecine de Lyon. Séance du 5 juillet 1909). — et Lyon médical, 29 août 1909, n° 35, p. 353.

Brocq. — Asphyxies réticulaires ou livedo (télangiectasies) (Dermatologie pratique, 1907, t. II, p. 575).

Comby. — Un cas de livedo (Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 1er décembre 1911, n° 34, p. 434).

Darier. — Traité de Dermatologie, 1909, article : Acro-asphyxie et livedo, p. 15.

Guillain (G.) et Troisier (J.). — Livedo coexistant avec un tabes fruste (Société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 23 avril 1909, p. 747).

Hébra (Trad. Doyon). — Hyperhémies passives idiopathiques. (Maladies de la peau, 1869, p. 60.)

Hyde. — Symptomatic (toxic) erythema (Diseases of the skin, 1909, p. 137).

Jourdanet. — La Livedo annularis chez les enfants (Archives de médecine des enfants, février 1912, n° 2, p. 119).

Léopold-Lévi. — Le Tempérament thyroïdien (Gazette des hôpitaux, 9 septembre 1911, n° 102, p. 1483).

Lenglet. — Trophonévroses (Pratique dermatologique, t. IV, 1904, p. 517).

Lucas-Championnière. — La Livedo annularis chez l'enfant (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, à l'usage des médecins praticiens, 25 mars 1912. Art. 23.572, p. 228).

Milian (M.) — Les Dermopathies rhumatismales (Société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 4 juin 1909, p. 1129).

Mracek-Hudelo. — Hyperhémies passives (Atlas-manuel des maladies de la peau, 1905, p. 72).

Pringle. — Séance de « Dermatologic society of London », 9 juillet 1902, et « the British Journal of dermatology », t. XIV, 1902, p. 303.

Queyrat (L.). — Sur le livedo (ou livido) (Société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 30 avril 1909, p. 773).

Sée (M.). — Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée. Année 1911, t. V, p. 172.

Unna (P.-G.). — Asphyxia reticularis multiplex (fig. 2 et 3 de la planche XXXI) (Atlas international des maladies de la peau. Fascicule X, année 1893).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I — Introduction	9
II. — Historique	15
III. — Observations	25
IV. — Symptomatologie générale	59
V. — Diagnostic différentiel	63
VI. — Anatomie pathologique	71
VII. — Étiologie et pathogénie	75
VIII. — Évolution et pronostic	83
IX. — Traitement	85
X. — Conclusions	87
XI. — Bibliographie	89

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE & Cie, 15, rue Racine, Paris — 1523-12